

**О внесении изменений и дополнений в приказ 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"**

Утративший силу

Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 27 ноября 2017 года № 874. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 21 декабря 2017 года № 16113. Утратил силу приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 13 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-190/2020 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования)

Сноска. Утратил силу приказом Министерства здравоохранения РК от 13.11.2020 № ҚР ДСМ-190/2020 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

В соответствии с подпунктом 81) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести в приказ исполняющего обязанности Министерства 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 за № 11976, опубликованный в информационно-правовой системе "Әділет" 15 сентября 2015 года) следующие изменения и дополнения:

в Правилах возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств, утвержденных указанным приказом:

в главе 1:

подпункт 13) пункта 2 изложить в следующей редакции:

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

подпункт 16) пункта 2 изложить в следующей редакции:

"16) Рабочий орган – координирующий орган по вопросам направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубежом за счет бюджетных средств;" ;

подпункт 19) пункта 2 изложить в следующей редакции:

"19) комплексный тариф – стоимость комплекса медицинских услуг ГОБМП в расчете на одного онкологического больного, зарегистрированного в электронном регистре онкологических больных (далее – ЭРОБ), за исключением, больных с злокачественными новообразования лимфоидной и кроветворной ткани, согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье;" ;

подпункт 23) пункта 2 изложить в следующей редакции:

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

подпункт 24) пункта 2 исключить;

в главе 2:

пункт 4 изложить в следующей редакции:

"4. Возмещение затрат осуществляется по тарифам, утвержденным администратором на основании пункта 2 статьи 23 Кодекса о здоровье, на основании актов выполненных работ (услуг).";

пункты 6, 7 и 8 изложить в следующей редакции:

"6. Организациям, оказывающим ГОБМП, возмещаются затраты, связанные с их деятельностью по оказанию медицинской помощи в рамках ГОБМП, включенные в тариф в соответствии с Методикой формирования тарифов.

В случае превышения организациями, оказывающими ГОБМП, в организационно-правовой форме государственных предприятий суммы договора на оказание ГОБМП в связи с увеличением расходов на оплату коммунальных услуг, текущего ремонта зданий, сооружений и оборудования, возмещение данных расходов осуществляется по решению местного представительного органа из средств местного бюджета областей, города республиканского значения и столицы.

7. Результаты контроля качества и объема медицинской помощи предоставляются на Комиссию по оплате услуг по итогам:

контроля качества и объема, проводимого в рамках государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг с целью оценки соответствия оказываемых медицинских услуг стандартам, нормативным правовым актам Республики Казахстан в области здравоохранения в виде выборочных, внеплановых проверок и иных форм контроля без посещения субъекта (объекта) здравоохранения в порядке, установленном Предпринимательским кодексом Республики Казахстан от 29 октября 2015 года (далее – Предпринимательский кодекс) (далее – контроль качества и объема), внесенным в информационную

систему "Система управления качеством медицинских услуг" (далее – СУКМУ), в том числе в модуль "Дефекты оказания медицинских услуг", специалистами ККМФД и ТД ККМФД;

экспертизы объема с целью оценки соответствия оказания медицинской помощи в рамках ГОБМП стандартам, нормативным правовым актам Республики Казахстан в области здравоохранения согласно статьи 7 Кодекса о здоровье, проводимой заказчиком для проверки достоверности объема медицинской помощи в рамках заключенного договора на оказание ГОБМП (далее – контроль объема).

8. ТД ККМФД по результатам выборочных и внеплановых проверок формирует:

акт о результатах проверки оформленный в порядке, определенном на основании статьи 152 Предпринимательского кодекса;

на каждый случай смерти (летального исхода) экспертное заключение по форме согласно приложению 1 к настоящим Правилам на основании экспертизы медицинской документации по запросу.";

пункт 10 изложить в следующей редакции:

"10. Заказчик по итогам полугодия два раза в год, в июле и в ноябре, осуществляет уменьшение суммы по заключенному договору на оказание ГОБМП с организацией, оказывающей ГОБМП, путем заключения дополнительного соглашения, на сумму, удержанную по результатам контроля качества и объема, за исключением непредотвратимых летальных случаев и за исключением суммы за оказанные услуги в декабре, которая подлежит ретроспективной экспертизе в следующем отчетном периоде следующего года.

Заказчик принимает исполнение обязательств организацией, по заключенному договору на оказание ГОБМП, за оказанные услуги в декабре с учетом результатов контроля качества и объема.";

пункт 14 изложить в следующей редакции:

"14. Возмещение затрат за оказание амбулаторно-поликлинической помощи по комплексному подушевому нормативу АПП субъектам ПМСП осуществляется с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи за счет:

средств республиканского бюджета;

средств местного бюджета, в случае их дополнительного выделения по решению местного представительного органа.";

пункты 16 и 17 изложить в следующей редакции:

"16. Комплексный подушевой норматив АПП для субъекта ПМСП за отчетный период определяется в расчете на одного прикрепленного человека,

зарегистрированного в портале РПН на последнюю дату отчетного месяца, в соответствии с Методикой формирования тарифов.

17. Комплексный подушевой норматив АПП устанавливается не ниже базового комплексного подушевого норматива АПП, согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье.";

пункты 20 и 21 изложить в следующей редакции:

"20. Сумма оплаты за оказание АПП субъектам ПМСП по комплексному подушевому нормативу АПП за отчетный период определяется путем умножения комплексного подушевого норматива АПП для субъектов ПМСП на численность прикрепленного населения, зарегистрированного в портале РПН на последнюю дату отчетного месяца.

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

21. Субъекты ПМСП обеспечивают АПП в рамках ГОБМП прикрепленному населению по перечню услуг в рамках ГОБМП согласно Перечню гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2136, затраты по которым учитываются при оплате за оказанную АПП субъектами здравоохранения городского значения и субъектами районного значения и села по комплексному подушевому нормативу, в соответствии со стандартами в области здравоохранения, согласно подпункту 6) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье в пределах сумм договора на оказание ГОБМП.";

пункты 23, 24 и 25 изложить в следующей редакции:

"23. Субъект ПМСП в срок не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом (за декабрь - 20 декабря), передает Заказчику, сформированный в информационной системе "Амбулаторно-поликлиническая помощь" (далее – ИС "АПП") счет-реестр за оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи прикрепленному населению субъекта, оказывающего первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 3-1 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр субъекта ПМСП), подписанный руководителем на бумажном носителе или в электронной форме посредством ЭЦП.

В случае возникновения обстоятельств неопределимой силы, указанных в договоре на оказание ГОБМП, и (или) обстоятельств, связанных с обновлением ИС, заказчик принимает счет-реестр субъекта ПМСП позднее установленного срока.

24. Заказчик формирует в ИС "АПП" протокол исполнения договора на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи субъектом здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 3-2 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора на оказание ПМСП) на основании:

подписанного субъектом ПМСП счет-реестра субъекта ПМСП;

результатов контроля качества и объема (при их наличии), проведенного ТД ККМФД и заказчиком, по основаниям предусмотренным законодательством и договором на оказание ГОБМП, по перечню случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично, по результатам выборочного контроля качества и объема оказанной амбулаторно-поликлинической помощи (первичной медико-санитарной и консультативно-диагностической) согласно приложению 4 к настоящим Правилам;

результатов достижения субъектом ПМСП индикаторов конечного результата, рассчитанных в автоматизированном режиме в ДКПН.

Протокол исполнения договора на оказание ПМСП рассматривается и подписывается Комиссией по оплате услуг.

25. Заказчик на основании протокола исполнения договора на оказание ГОБМП в ИС "АПП" формирует акт выполненных работ (услуг) оказанных в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи субъектом здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 4-1 к настоящим Правилам (далее – акт выполненных работ (услуг) ПМСП) в двух экземплярах, который подписывается обеими сторонами на бумажном носителе или в электронной форме посредством ЭЦП, один экземпляр которого передается субъекту ПМСП.";

пункт 27 изложить в следующей редакции:

"27. Формирование платежных документов осуществляется в автоматическом режиме при выполнении ответственными лицами по информационным системам (далее – ИС) следующих функций:

в программном комплексе "Автоматизированная информационная система медицинских организаций" комплекса программ "Поликлиника" (далее – АИС "Поликлиника"):

1) субъект ПМСП:

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

ежедневно осуществляет персонифицированную регистрацию оказанных амбулаторно-поликлинических услуг населению специалистами ПМСП и КДП

на основе следующих форм первичной медицинской документации: форма № 025/у, форма № 025-5/у, форма 025-9/у, форма 025-8у, форма 025-07у;

ежедневно вводит внешние направления на консультативно-диагностические услуги (далее – КДУ) по форме 001-4/у, утвержденной приказом № 907;

в ИС "АПП":

1) заказчик в модуле "Платежная система":

вводит данные во вкладке "Основные условия договора", подтверждает их и прикрепляет копии договора на оказание ПМСП и дополнительных соглашений к договору на оказание ПМСП при их наличии;

формирует следующие платежные документы на отчетный период:

протокол исполнения договора ПМСП;

акт выполненных услуг ПМСП;

2) лизингодатель вводит и подтверждает данные по заключенным с субъектом ПМСП договорам на использование медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга;

3) СИ вводит и подтверждает данные по субподрядчикам и оказываемым ими КДУ в соответствии с заключенными договорами субподряда;

4) субъект ПМСП:

в модуле "Платежная система":

вводит и подтверждает данные по заключенным договорам субподряда и дополнительным соглашениям к договору субподряда при их наличии, не позднее трех рабочих дней со дня его заключения;

вводит данные по количеству КДУ, оказанных на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга, в лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга, по форме согласно приложению 5 к настоящим Правилам;

формирует за отчетный период счет-реестр субъекта ПМСП;

формирует платежные документы по субподрядчику на отчетный период согласно параграфу 7 раздела 2 настоящих Правил:

вводит данные и подтверждает их за отчетный период на основании первичной финансовой документации в срок до 30 числа месяца, следующего за отчетным периодом (за декабрь – до 25 декабря) и по результатам ввода формирует следующие отчеты за предыдущий отчетный период:

информация о структуре доходов при оказании амбулаторно-поликлинической помощи субъектом здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 6 к настоящим Правилам;

информация о структуре расходов при оказании амбулаторно-поликлинической помощи субъектом здравоохранения, оказывающим

первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 7 к настоящим Правилам;

информация о дифференцированной оплате труда работников по форме согласно приложению 8 к настоящим Правилам;

информация о повышении квалификации и переподготовке кадров по форме согласно приложению 9 к настоящим Правилам;

информация о распределении плановой суммы аванса на оказание медицинских услуг по форме согласно приложению 10 к настоящим Правилам.";

пункты 29, 30, 31, 32 и 33 изложить в следующей редакции:

"29. Размер СКПН определяется администратором на основании пункта 2 статьи 23 Кодекса о здоровье и является единым на территории Республики Казахстан.

30. Эффективность использования средств СКПН, выделенных на стимулирование работников ПМСП за достижение индикаторов конечного результата деятельности субъектов здравоохранения, оказывающих ПМСП (далее – индикаторы конечного результата), обеспечивается следующими участниками при выполнении ими функций, определенных пунктами 31 и 32 настоящих Правил (далее - участники):

- 1) субъекты ПМСП;
- 2) субъекты села;
- 3) заказчик в лице ТД КОМУ;
- 4) УЗ;
- 5) ККМФД и ТД ККМФД;
- 6) КОМУ;
- 7) СИ;
- 8) субъект мониторинга и анализа ГОБМП.

31. Функции участников при проведении мониторинга за обеспечением эффективного использования ресурсов, выделенных на стимулирование работников ПМСП за достижение индикаторов конечного результата:

- 1) КОМУ:

обеспечение реализации системы СКПН;

координация деятельности участников процесса;

участие в разработке и внесении предложений по совершенствованию системы СКПН;

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

- 2) КОМУ и ТД КОМУ:

мониторинг целевого использования средств СКПН субъектами ПМСП и субъектами села;

оценка формирования в ДКПН расчетов значений индикаторов и сумм СКПН согласно Методике формирования тарифов;

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

мониторинг и оценка распределения сумм СКПН работникам ПМСП по итогам достигнутых индикаторов конечного результата за отчетный период в соответствии с приказом № 429 на основании данных в ДКПН, в том числе с выходом в субъект ПМСП и субъект села;

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

3) ККМФД и ТД ККМФД:

мониторинг индикаторов процесса деятельности субъекта ПМСП и субъекта села, влияющих на значения индикаторов конечного результата, на основании данных в ДКПН в соответствии с приказом № 429;

4) УЗ:

обеспечение реализации системы СКПН на уровне региона;

координация деятельности участников процесса на уровне региона;

мониторинг за целевым использованием средств СКПН субъектами ПМСП и субъектами села;

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

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

участие в разработке и внесении предложений по совершенствованию системы СКПН;

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

5) субъекты ПМСП и субъекты села:

повышение качества оказания ПМСП;

принятие управленческих решений по совершенствованию системы повышения качества оказания ПМСП;

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

обеспечение своевременной выплаты сумм СКПН работникам ПМСП в соответствии с приказом № 429.

32. Функции участников по обеспечению качественного и своевременного формирования платежных документов на оплату СКПН субъектам ПМСП и субъектам села в информационных системах:

в ИС "СУКМУ":

ТД ККМФД:

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

формирует за отчетный период по результатам ввода данных отчет по случаям обоснованных обращений физических лиц (жалоб) на деятельность субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, по форме согласно приложению 13 к настоящим Правилам для предоставления на комиссию по оплате услуг в срок не позднее четырех рабочих дней после отчетного периода;

в ИС "ДКПН":

1) КОМУ:

вводит и подтверждает данные по утвержденным плановым годовым суммам СКПН и численности населения на текущий финансовый год по каждому региону на основании согласованных данных на текущий финансовый год бюджетных программ в порядке, определенном приказом Министра национальной экономики Республики Казахстан от 30 декабря 2014 года № 195 " Об утверждении Правил разработки и утверждения (переутверждения) бюджетных программ (подпрограмм) и требований к их содержанию" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов № 10176) (далее – бюджетная программа);

подтверждает ежемесячное распределение заказчиком годовой суммы СКПН регионам в соответствии с индивидуальным планом финансирования по платежам;

вводит и подтверждает установление целевого значения по каждому индикатору конечного результата, согласованного с УЗ;

ежемесячно в начале отчетного периода задает критерий распределения суммы СКПН свыше 150 тенге в расчете на 1 прикрепленного жителя:

по населению;

по населению и баллам;

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

2) УЗ:

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

проводит до закрытия отчетного периода предварительный автоматизированный расчет значений индикаторов конечного результата и сумм СКПН в течение отчетного периода по региону в разрезе субъектов ПМСП;

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

3) ККМФД и ТД ККМФД:

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

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

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

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

по случаям материнской смертности на уровне первичной медико-санитарной помощи по форме согласно приложению 14 к настоящим Правилам;

по случаям детской (от 7 дней до 5 лет) смертности на уровне первичной медико-санитарной помощи по форме согласно приложению 15 к настоящим Правилам;

4) СИ:

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

ежемесячно обеспечивает корректную выгрузку данных в автоматизированном режиме в случае реализации сервиса взаимодействия или в ручном режиме при отсутствии данного сервиса из базы данных "Национальный регистр больных туберкулезом" не позднее 3 числа месяца, следующего за отчетным периодом;

формирует отчет по корректности и достоверности загрузки данных из информационных систем для расчета значений индикаторов и сумм стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива по форме согласно приложению 16 к настоящим Правилам для предоставления на комиссию по оплате услуг в срок не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным;

5) субъект ПМСП:

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

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

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

вводит сводные данные за отчетный месяц по результатам распределения сумм СКПН по стимулированию работников ПМСП в соответствии с приказом № 429 и формирует отчет по распределению сумм стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива работникам субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, по форме согласно приложению 17 к настоящим Правилам в срок до 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом;

б) Заказчик:

вводит и подтверждает данные ежемесячного распределения годовой суммы СКПН на уровне региона, в соответствии с индивидуальным планом финансирования по платежам;

проводит до закрытия отчетного периода предварительный автоматизированный расчет значений индикаторов конечного результата и сумм СКПН в течение отчетного периода по региону в разрезе субъектов ПМСП;

подтверждает закрытие отчетного периода в срок не позднее десятого числа месяца, следующего за отчетным периодом, после чего запрещаются любые изменения внесенных данных. Если в портале ДКПН имеются нераспределенные случаи по организациям прикрепления и участкам прикрепления, то закрытие периода невозможно;

снимает подтверждение закрытия отчетного периода до закрытия отчетного периода субъектами ПМСП в случае выявления несоответствий или некорректных действий участников, влияющих на расчет значений индикаторов конечного результата и сумм СКПН;

при наличии в отчетном периоде факта превышения суммы СКПН в расчете на одного прикрепленного жителя свыше 150 тенге по субъекту ПМСП, выбирает алгоритм распределения: принять к оплате в текущем отчетном месяце, перенести на следующий отчетный месяц, возратить в бюджет. При этом данный алгоритм применяется в течение одного квартала;

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

перечисляет сумму СКПН субъектам ПМСП и субъектам села по итогам оценки достигнутых индикаторов конечного результата за отчетный период на основании решения комиссии по оплате услуг.

33. Возмещение затрат субъектам здравоохранения за оказание КДУ в рамках ГОБМП осуществляется с учетом результатов качества и объема медицинской помощи в соответствии с тарификатором за счет:

средств республиканского значения в виде ЦТТ и средств местного бюджета, субъектам здравоохранения, оказывающим КДУ (далее – местные субъекты КДУ);

средств республиканского бюджета субъектам здравоохранения, оказывающим КДУ (далее – организации КДУ финансируемые из республиканского бюджета).";

заголовок подраздела 1 параграфа 2 изложить в следующей редакции:

"Подраздел 1. Возмещение затрат за оказание КДУ в рамках ГОБМП за счет средств республиканского бюджета в виде ЦТТ и средств местного бюджета";

пункт 37 изложить в следующей редакции:

"37. Местный субъект КДУ в срок не позднее одного рабочего дня месяца, следующего за отчетным периодом, формируют и передают заказчику счет-реестр за оказанные консультативно-диагностические услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств республиканского бюджета в виде целевых текущих трансфертов и средств местного бюджета, по форме согласно приложению 18 к настоящим Правилам, подписанный руководителем на бумажном носителе или в электронной форме посредством ЭЦП (далее – счет реестр).";

пункты 39 и 40 изложить в следующей редакции:

"39. Заказчик формирует протокол исполнения договора на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств республиканского бюджета в виде целевых текущих трансфертов и средств

местного бюджета по форме согласно приложению 19 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора) на основании:

подписанного местным субъектом КДУ счет-реестра;

результатов контроля качества и объема за оказанные КДУ местным субъектом КДУ (при их наличии), проведенного ТД ККМФД и заказчиком по перечню случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично, по результатам контроля качества и объема оказанной КДП.

Протокол исполнения договора рассматривается и подписывается комиссией по оплате услуг.

40. Заказчик на основании протокола исполнения договора составляет акт выполненных работ (услуг), оказанных в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств республиканского бюджета в виде целевых текущих трансфертов и средств местного бюджета, в двух экземплярах по форме согласно приложению 20 к настоящим Правилам (далее – акт выполненных работ (услуг)), который подписывается обеими сторонами, один экземпляр которого передается местному субъекту КДУ.";

заголовок подраздела 2 параграфа 2 изложить в следующей редакции:

"Подраздел 2. Возмещение затрат за оказание КДУ в рамках ГОБМП за счет средств республиканского бюджета";

пункты 42, 43, 44, 45 и 46 изложить в следующей редакции:

"42. Организации КДУ финансируемые из республиканского бюджета в ИС "АИС-Поликлиника":

осуществляют ввод и подтверждение данных по формам первичной медицинской документации организаций здравоохранения на основе формы 025-9/у.

43. Организации КДУ финансируемые из республиканского бюджета в срок не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом, (за декабрь – 20 декабря) передают заказчику, сформированный в ИС "АПП" счет-реестр за оказанные консультативно-диагностические услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств республиканского бюджета по форме согласно приложению 21 к настоящим Правилам, подписанный руководителем на бумажном носителе или в электронной форме посредством ЭЦП (далее - счет-реестр).

В случае возникновения обстоятельств неопределимой силы, указанных в договоре на оказание ГОБМП, и (или) обстоятельств, связанных с обновлением ИС, заказчик принимает счет-реестр позднее установленного срока.

44. Заказчик формирует в ИС "АПП" протокол исполнения договора на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет

средств республиканского бюджета, по форме согласно приложению 22 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора) на основании:

счет-реестра, подписанного организацией КДУ, финансируемой из республиканского бюджета;

результатов контроля качества и объема за оказанные КДУ организацией КДУ, финансируемой из республиканского бюджета, проведенного ТД ККМФД и заказчиком, по основаниям, предусмотренным законодательством и договором на оказание ГОБМП по перечню случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично, по результатам контроля качества и объема оказанной консультативно-диагностической помощи, оплата которой осуществляется за счет средств республиканского бюджета согласно приложению 24 к настоящим Правилам.

Протокол исполнения договора рассматривается и подписывается комиссией по оплате услуг.

45. Заказчик на основании протокола исполнения договора в ИС "АПП" формирует акт выполненных работ (услуг), оказанных в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в форме консультативно-диагностической помощи, оплата которой осуществляется за счет средств республиканского бюджета, по форме согласно приложению 25 к настоящим Правилам, в двух экземплярах, который подписывается обеими сторонами на бумажном носителе или в электронной форме посредством ЭЦП, один экземпляр которого передается организации КДУ финансируемой из республиканского бюджета.

46. Заказчиком оплата по подписанным актам выполненных работ (услуг) осуществляется не позднее 10 календарных дней после отчетного периода (декабрь – до 25 декабря) с учетом удержания части ранее выплаченного аванса в объеме и сроки, предусмотренные в договоре на оказание ГОБМП, путем перечисления денежных средств на расчетный счет организации КДУ финансируемой из республиканского бюджета.";

заголовок параграфа 3 изложить в следующей редакции:

"Параграф 3. Возмещение затрат за оказание услуг скорой медицинской помощи в рамках ГОБМП за счет средств республиканского бюджета в виде ЦТТ и средств местного бюджета";

пункт 47 изложить в следующей редакции:

"47. Возмещение затрат за оказание услуг скорой медицинской помощи в рамках ГОБМП за счет республиканского бюджета в виде ЦТТ и средств местного бюджета осуществляется с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи по тарифу за один вызов скорой медицинской помощи за счет:

средств республиканского бюджета в виде ЦТТ субъектам здравоохранения, оказывающим услуги скорой медицинской помощи (далее – субъект скорой помощи);

средств местного бюджета, в случае их дополнительного выделения по решению местного представительного органа.";

пункт 50 изложить в следующей редакции:

"50. Субъект скорой помощи в срок не позднее одного рабочего дня месяца, следующего за отчетным периодом, формирует и передает заказчику, счет-реестр за оказание услуг скорой медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств республиканского бюджета в виде целевых текущих трансфертов и средств местного бюджета по форме согласно приложению 26 к настоящим Правилам, подписанный руководителем на бумажном носителе или в электронной форме посредством ЭЦП.";

пункты 52 и 53 изложить в следующей редакции:

"52. Заказчик формирует протокол исполнения договора на оказание услуг скорой медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств республиканского бюджета в виде целевых текущих трансфертов и средств местного бюджета по форме согласно приложению 27 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора) на основании:

подписанного субъектом скорой помощи счета-реестра;

результатов контроля качества и объема за оказанные услуги субъектом скорой помощи (при их наличии), проведенного ТД ККМФД и заказчиком по перечню случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично, по результатам контроля качества и объема оказанной скорой медицинской помощи согласно приложению 28 к настоящим Правилам.

Протокол исполнения договора рассматривается и подписывается комиссией по оплате услуг.

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

53. Заказчик на основании протокола исполнения договора составляет акт выполненных работ (услуг), оказанных услуг скорой медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств республиканского бюджета в виде целевых текущих трансфертов и средств местного бюджета по форме согласно приложению 29 к настоящим

Правилам в двух экземплярах, который подписывается обеими сторонами на бумажном носителе или в электронной форме посредством ЭЦП, один экземпляр которого передается субъекту скорой помощи.";

пункты 55 и 56 изложить в следующей редакции:

"55. Возмещение затрат за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи в рамках ГОБМП осуществляется с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи за счет средств:

1) республиканского бюджета:

гражданам Республики Казахстан и оралманам согласно подразделу 1 параграфа 4 раздела 2 настоящих Правил;

пациентам, претендующим на лечение за рубежом в соответствии с перечнем заболеваний и перечнем отдельных категорий граждан, лечение которых осуществлялось в условиях отечественных медицинских организаций согласно подразделу 2 параграфа 4 раздела 2 настоящих Правил;

2) республиканского бюджета в виде ЦТТ и местного бюджета, согласно подраздела 3 параграфа 4 раздела 2 настоящих Правил.

56. Оплата за один пролеченный случай дневного стационара, зарегистрированного в информационной системе "Электронный регистр стационарных больных" (далее - ЭРСБ), составляет 1/4 от тарифа за один пролеченный случай стационарной помощи, кроме пролеченных случаев, оплата по которым предусмотрена в пунктах 99, 100, 101 и 102 настоящих Правил.";

пункт 58 изложить в следующей редакции:

"58. Возмещение затрат за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи гражданам Республики Казахстан и оралманам за счет средств республиканского бюджета осуществляется с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи по следующим видам медицинской помощи: специализированная, высокотехнологичная медицинская услуга, медико-социальная, которые оказываются в следующих формах:

1) стационарная помощь и стационарозамещающая помощь, включая оказание медицинскими организациями республиканского значения медицинских услуг больным психическими, инфекционными заболеваниями, туберкулезом, алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, в реабилитационных центрах, санаториях;

2) восстановительное лечение и медицинская реабилитация.";

пункт 64 изложить в следующей редакции:

"64. Медицинская организация РБ на основании данных ЭРСБ ежемесячно в срок не позднее одного рабочего дня, следующего за отчетным периодом, формирует и передает заказчику по оказанным услугам:

счет-реестр медицинской организации за оказанные услуги по специализированной медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, оплата которой осуществляется за счет средств республиканского бюджета, по форме согласно приложению 30 к настоящим Правилам, подписанный руководителем на бумажном носителе или в электронной форме посредством ЭЦП (далее – счет-реестр).

Счет-реестр за январь текущего года осуществляется с учетом случаев и лизинговых платежей, не вошедших в счет-реестр с 1 декабря предыдущего года.
";

пункт 66 изложить в следующей редакции:

"66. Линейная шкала не применяется:

к областным и городским организациям родовспоможения;

к многопрофильным стационарам, оказывающим услуги родовспоможения с долей родовспоможения 45% и выше от пролеченных случаев;

к стационарам, в том числе республиканским организациям, оказывающим услуги детям до одного года с долей детей до одного года 45% и более от пролеченных случаев;

к стационарам, в том числе республиканским организациям, оказывающим услуги детям до одного года и услуги родовспоможения с совокупной долей детей до одного года и услуг родовспоможения 45% и более от пролеченных случаев;

на услуги гемодиализа и перитонеального диализа, оказанные по форме стационароразмещающей медицинской помощи;

на услуги детям с онкологическими заболеваниями, оплата по которым осуществляется согласно пункту 96 настоящих Правил;

на услуги, предоставляемые медицинскими организациями республиканского значения, оказывающие медицинскую помощь онкологическим больными и больным с заболеванием туберкулеза;

на услуги, предоставляемые организациями здравоохранения и Корпоративным фондом "University Medical Center", оказывающим медицинскую помощь больным с злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани по перечню гематологических болезней у детей и взрослых по МКБ-10 к которым не применяется Линейная шкала согласно приложению 32-1 к настоящим Правилам;

на высокотехнологичные медицинские услуги;

к перечню медицинских услуг к которым не применяется Линейная шкала согласно приложению 32-2 к настоящим Правилам.";

пункт 75 изложить в следующей редакции:

"75. Заказчик в СУКМУ формирует протокол исполнения договора на оказание медицинских услуг по специализированной медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, оплата которой осуществляется за счет средств республиканского бюджета по форме согласно приложению 52 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора) на основании:

подписанного медицинской организацией РБ счет-реестра;
результатов расчета применения Линейной шкалы;
сводного перечня случаев по результатам контроля качества и объема услуг ГОБМП.";

пункт 77 изложить в следующей редакции:

"77. Заказчик на основании протокола исполнения договора составляет:

акт выполненных (работ) услуг, оказанных по специализированной медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, оплата которой осуществляется за счет средств республиканского бюджета по форме согласно приложению 54 к настоящим Правилам (далее – акт выполненных работ (услуг)).

Акт выполненных работ (услуг) составляется в двух экземплярах и подписывается обеими сторонами на бумажном носителе или в электронной форме посредством ЭЦП, один экземпляр которого передается в медицинскую организацию РБ.";

пункты 84 и 85 изложить в следующей редакции:

"84. По перечню случаев, подлежащих оплате за фактически понесенные расходы, либо по перечню случаев, подлежащих оплате по стоимости КЗГ с дополнительным возмещением затрат, согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье, возмещение осуществляется по фактически понесенным расходам либо с оплатой пролеченного случая по КЗГ основного диагноза или операции с дополнительным возмещением фактически понесенных затрат.

Оплата по фактически понесенным расходам осуществляется в случае применения перечня случаев, подлежащих оплате за фактически понесенные расходы. При этом оплата за операции производится по фактическим расходам по следующим статьям расходов: заработная плата, социальный налог, питание, лекарственные средства, ИМН, медицинские услуги и коммунальные и прочие расходы. Коммунальные и прочие расходы при этом рассчитываются по фактическим затратам на коммунальные и прочие расходы медицинской организации РБ в предыдущем месяце в пересчете на одного больного.

Оплата за случаи с применением лекарственных средств и ИМН производится по КЗГ основного диагноза или операции и с дополнительным возмещением их стоимости (затрат) по фактическим затратам, не превышающим

предельных цен, устанавливаемых уполномоченным органом в соответствии с пунктом 2 статьи 76 Кодекса о здоровье.

Оплата за случаи с применением медицинских услуг производится по КЗГ основного диагноза или операции и с дополнительным возмещением их стоимости (затрат) по стоимости тарификатора.

85. Оплата за специализированную медицинскую помощь в форме стационарной помощи по тарифам за один койко-день, за пролеченные случаи по расчетной средней стоимости и медико-экономическим тарифам осуществляется медицинским организациям РБ, согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье.

”;

пункт 90 изложить в следующей редакции:

”90. Заказчик в случае неэффективности проводимой терапии в условиях круглосуточного стационара и обоснованного оказания больному по жизненным показаниям, лекарственных средств и ИМН, не входящих в условия настоящих Правил, возмещает данные дополнительные затраты на пролеченный случай через функционал "иные выплаты и вычеты" после письменного согласования с КОМУ.

Заказчик в срок не позднее 25 числа следующего за отчетным периодом направляет запрос в КОМУ с приложением следующих документов:

письменное обращение медицинской организации РБ с приложением документов, подтверждающих предъявленные затраты за оказание больному дополнительных услуг, не входящих в условия настоящих Правил, которое направляется заказчику не позднее 15 числа следующего за отчетным периодом;

акт сверки, подписанный руководителем заказчика и медицинской организации РБ;

решение комиссии об обоснованности оказания больному дополнительных услуг, не входящих в условия настоящих Правил.”;

пункты 92 и 93 изложить в следующей редакции:

”92. В условиях круглосуточного стационара медицинской организацией РБ, оказывающей медицинские услуги больным с злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани, оплата за пролеченных больных, которым проведена химиотерапия производится по КЗГ основного диагноза или операций и с возмещением стоимости химиопрепаратов по фактическим затратам.

93. При лечении острых форм злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной ткани депрессии кроветворения первичная госпитализация оплачивается по стоимости за пролеченный случай по КЗГ основного диагноза или операции с возмещением стоимости химиопрепаратов, последующие госпитализации оплачиваются в размере 30% от стоимости за

пролеченный случай по КЗГ основного диагноза или операции с возмещением стоимости химиопрепаратов.

Медицинским организациям, применяющим высокодозную химиотерапию при лечении острых форм злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной ткани депрессии кроветворения, при последующих госпитализациях оплачивается в размере 3/4 суммы от стоимости КЗГ основного диагноза или операции с возмещением стоимости химиопрепаратов по фактическим затратам, кроме случаев проведения операции по трансплантации костного мозга.

Лечение больных с злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани с проведением операции по трансплантации костного мозга, оплачивается по стоимости за пролеченный случай по КЗГ основного диагноза или операции с возмещением стоимости химиопрепаратов по фактическим затратам.";

дополнить пунктом 95-1 следующего содержания:

"95-1. В случаях применения биологической терапии при лечении болезни Крона и неспецифического язвенного колита первичная госпитализация в круглосуточных стационарах оплачивается по стоимости за пролеченный случай по КЗГ основного диагноза или операции, последующие госпитализации оплачиваются в размере 50% от стоимости за пролеченный случай по КЗГ основного диагноза или операции.";

пункт 96 изложить в следующей редакции:

"96. Медицинским организациям РБ, оказывающим специализированную медицинскую помощь в форме стационарной помощи, оплата за оказание услуг детям с онкологическими заболеваниями на уровне круглосуточного стационара, согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье, осуществляется в соответствии с медико-экономическими тарифами. При этом, затраты за оказание услуг детям с онкологическими заболеваниями, чей возраст на момент первой госпитализации и начало курса лечения достиг восемнадцати лет, подлежат возмещению согласно параграфа 5 главы 2 настоящих Правил.

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

Сумма возмещения за лечение конкретной нозологии не превышает стоимость полного курса лечения. При этом, возмещение затрат осуществляется поэтапно по блокам (схемам) курса лечения.

Если количество проведенных койко-дней составляет 50% и менее установленных сроков лечения одного блока (схемы) лечения, то возмещение производится с удержанием 30% от стоимости блока (схемы) лечения.

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

При оказании реабилитации для детей с онкологическими заболеваниями поставщик по согласованию с заказчиком привлекает субподрядчиков путем передачи им части своих обязательств по оказанию ГОБМП и осуществляет оплату по тарифам, согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье.

Для нозологий, имеющих этап амбулаторного лечения, лекарственные средства выдаются по завершению курса стационарного лечения, при этом, возмещение затрат за выданные пациенту лекарственные средства осуществляется на основании прикрепленной в сканированном виде в ЭРСБ накладной, за исключением лекарственных средств, входящих в Перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями (состояниями) и специализированными лечебными продуктами, утвержденный приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 ноября 2011 года № 786 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 7306).";

пункт 98 исключить;

пункты 99, 100 и 101 изложить в следующей редакции:

"99. В условиях дневного стационара медицинским организациям РБ, оказывающим медицинские услуги онкологическим и больным с злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани оплата производится:

за сеансы химиотерапии по тарифам в дневном стационаре за один пролеченный случай и с возмещением стоимости химиопрепаратов по фактическим затратам;

при оказании лучевой терапии по тарифам в дневном стационаре за один пролеченный случай и с возмещением стоимости фактически оказанных сеансов лучевой терапии в соответствии с тарификатором;

за сеансы химиотерапии и лучевой терапии по тарифам в дневном стационаре за один пролеченный случай и с возмещением стоимости химиопрепаратов по фактическим затратам и стоимости фактически оказанных сеансов лучевой терапии в соответствии с тарификатором.

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

100. Оплата за услуги гемодиализа в условиях дневного стационара производится за фактически оказанные сеансы больным, зарегистрированным в

информационной системе "Хроническая почечная недостаточность" (далее – ИС "ХПН"), по тарифам, согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье. Все сеансы одного больного за отчетный период считаются как один пролеченный случай, при этом тариф основного диагноза считается по нулевой ставке.

Организация, оказывающая услуги гемодиализа регистрирует в ИС "ХПН" запрос на закрепление больного, нуждающегося в услугах гемодиализа, обслуживаться в данной организации на основании заявления в произвольной форме.

101. Оплата по перечню операций и манипуляций по МКБ-9 для преимущественного лечения в дневном стационаре, согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье, производится в размере 3/4 суммы от стоимости КЗГ.";

пункты 107 и 108 изложить в следующей редакции:

"107. Возмещение затрат отечественным медицинским организациям за лечение пациента, претендующего на лечение за рубежом, за счет бюджетных средств осуществляется на основании решения Комиссии по направлению на лечение за рубеж путем заключения уполномоченным органом или Рабочим органом договора с отечественной медицинской организацией на оказание медицинских услуг пациенту, претендующему на лечение за рубежом (далее – Договор).

В случаях, когда оказание медицинских услуг пациенту, претендующему на лечение за рубежом, осуществляется отечественной медицинской организацией, выполняющей функции Рабочего органа, возмещение затрат производится на основании акта выполненных услуг в произвольной форме путем заключения уполномоченным органом договора на оказание медицинских услуг с указанной отечественной организацией.

108. Возмещение затрат отечественным медицинским организациям за лечение пациента, претендующего на лечение за рубежом, производится уполномоченным органом или Рабочим органом на основании акта выполненных работ, предоставленного отечественной медицинской организацией и копии счет-фактуры, которые составлены в произвольной форме.

В случаях, когда оказание медицинских услуг пациенту, претендующему на лечение за рубежом, осуществляется отечественной медицинской организацией, выполняющей функции Рабочего органа, возмещение затрат за оказанные медицинские услуги производится уполномоченным органом.

Уполномоченный орган или Рабочий орган оплачивает аванс в размере 30% от общей суммы Договора в течении десяти рабочих дней со дня представления Договора.

Окончательное возмещение затрат осуществляется после представления отечественной медицинской организацией акта выполненных работ (услуг) в

произвольной форме, оказанных в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – Акт отечественной медицинской организации) по форме согласно приложению 67 к настоящим Правилам.";

пункты 113 и 114 изложить в следующей редакции:

"113. При долгосрочном лечении пациента (на срок более одного месяца), отечественная медицинская организация предоставляет ежемесячный Акт отечественной медицинской организации в уполномоченный орган или Рабочий орган в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом, (за декабрь месяц – до 20 декабря текущего года).

114. Уполномоченный орган или Рабочий орган оплачивает отечественной медицинской организации аванс по лечению пациента, претендующего на лечение за рубежом, в размере до 30 % от общей суммы Договора.

Окончательное возмещение затрат осуществляется после предоставления отечественной медицинской организацией Акта отечественной медицинской организации.";

заголовок подраздела 3 параграфа 4 изложить в следующей редакции:

"Подраздел 3. Возмещение затрат за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи в рамках ГОБМП за счет средств республиканского бюджета в виде ЦТТ и местного бюджета";

пункты 118 и 119 изложить в следующей редакции:

"118. Возмещение затрат за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи за счет:

средств республиканского бюджета в виде ЦТТ;

средств местного бюджета, в случае их дополнительного выделения по решению местного представительного органа;

осуществляется с учетом результатов контроля качества и объема оказанной медицинской помощи по следующим видам медицинской помощи:

- 1) квалифицированная;
- 2) специализированная;
- 3) медико-социальная и по формам:
 - 1) стационарной помощи;
 - 2) стационарозамещающей помощи;
 - 3) восстановительного лечения и медицинской реабилитации;
 - 4) паллиативной помощи и сестринского ухода.

119. Возмещение затрат за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи за счет средств республиканского бюджета в виде ЦТТ и средств местного бюджета, осуществляется заказчиком в лице УЗ субъектам

здравоохранения, заключившим с УЗ договор на оказание ГОБМП, (далее – медицинская организация МБ) с участием ККМФД и ТД ККМФД, субъекта мониторинга и анализа ГОБМП, СИ.";

пункты 124 и 125 изложить в следующей редакции:

"124. Медицинские организации МБ в срок не позднее одного рабочего дня месяца, следующего за отчетным периодом, формируют и передают заказчику счет-реестр за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств республиканского бюджета в виде целевых текущих трансфертов и средств местного бюджета по форме согласно приложению 68 к настоящим Правилам, подписанный руководителем на бумажном носителе или в электронной форме посредством ЭЦП, соответственно формам представления медицинской помощи.

В случае возникновения обстоятельств неопределимой силы, указанных в договоре на оказание ГОБМП, заказчик принимает счет-реестр позднее установленного срока.

125. Заказчик формирует протокол исполнения договора на оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств республиканского бюджета в виде целевых текущих трансфертов и средств местного бюджета по форме согласно приложению 69 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора) на основании:

подписанного медицинской организацией МБ счет-реестра;

результатов контроля качества и объема (выборочные, внеплановые проверки и иные формы контроля) за оказанные услуги медицинской организацией МБ (при их наличии), проведенного ТД ККМФД с приложением акта о результатах проверки либо экспертного заключения с приложением акта с результатами контроля.

Протокол исполнения договора рассматривается и подписывается комиссией по оплате услуг.

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

заголовок параграфа 5 изложить в следующей редакции:

"Параграф 5. Возмещение затрат за оказание медицинской помощи онкологическим больным в рамках ГОБМП за счет средств республиканского бюджета областным, региональным, городским онкологическим организациям и онкологическим отделениям многопрофильных клиник, оказывающим медицинскую помощь онкологическим больным";

пункт 128 изложить в следующей редакции:

"128. Возмещение затрат за оказание медицинской помощи онкологическим больным в рамках ГОБМП за счет средств республиканского бюджета областным, региональным, городским онкологическим организациям и онкологическим отделениям многопрофильных клиник, оказывающим медицинскую помощь онкологическим больным (далее – онкодиспансер) осуществляется с учетом результатов контроля качества и объема оказанной медицинской помощи:

по комплексному тарифу за оказание комплекса медицинских услуг, направленных на диагностику и лечение (в том числе с предраковыми заболеваниями и доброкачественными новообразованиями) и диспансерное наблюдение за больными со злокачественными новообразованиями по кодам МКБ-10 C00-C80, C97, C81-C85;

за использование химиопрепаратов онкологическим больным, таргетных препаратов, по стоимости химиопрепаратов, не превышающей их предельную стоимость, согласно пункту 2 статьи 76 и подпункту 68) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье;

за оказание сеансов лучевой терапии онкологическим больным по стоимости тарификатора медицинских услуг. В случаях превышения запланированных сумм на лучевую терапию согласно Договора на оказание ГОБМП, возмещение затрат осуществляется при подтверждении обоснованности оказанных услуг и подтверждении фактических затрат;

за оказание специализированной медицинской помощи по форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи онкологическим больным (больным с предраковыми заболеваниями, направленным на верификацию диагноза) в рамках реализации их права на свободный выбор, не состоящим на учете в данном онкодиспансере (далее – иногородний больной) по тарифам за один пролеченный случай по КЗГ (по кодам МКБ-10 C00-C80, C97, C81-C85) в пределах суммы, предусмотренной договором на оказание ГОБМП.";

пункты 130 и 131 изложить в следующей редакции:

"130. Комплексный тариф предусматривает обеспечение онкологических больных по следующим видам медицинской помощи квалифицированная, специализированная, медико-социальная и по формам:

- 1) консультативно-диагностической помощи;
- 2) стационарозамещающей помощи;
- 3) стационарной помощи;
- 4) паллиативной помощи.

В случае отсутствия в онкодиспансере паллиативной помощи, ее оказание осуществляется по согласованию с заказчиком с привлечением субподрядчика за счет средств, предусмотренных в комплексном тарифе.

Комплексный тариф включает расходы на их оказание в соответствии с Методикой формирования тарифов.

131. Комплексный тариф не включает расходы:

на оказание стационарозамещающей и стационарной медицинской помощи детям до восемнадцати лет с онкологическими заболеваниями. При этом, возраст детей на момент первой госпитализации и начало курса лечения не достигает восемнадцати лет;

на оказание медицинской помощи больным с злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани по кодам МКБ-10 С81-С96 (кроме больных лимфомой по кодам С88-С96);

на оказание высокотехнологичных медицинских услуг;

на оказание лучевой терапии;

на обеспечение онкологических больных химиопрепаратами, в том числе таргетными препаратами.";

пункт 133 изложить в следующей редакции:

"133. Ответственное лицо онкодиспансера, на которого возложена персональная ответственность за регистрацию, перерегистрацию и снятие с учета онкологических больных в ЭРОБ (далее – ответственное лицо онкодиспансера по ИС), ежедневно в ЭРОБ осуществляет обновление сведений по онкологическим больным на основании:

формы № 090/у, формы № 025/у или формы № 003/у;

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

личного заявления (произвольной формы) онкологического больного о перерегистрации в другой онкодиспансер;

заклучения диспансерного отделения онкодиспансера о выздоровлении онкологического больного;

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

Для осуществления возмещения затрат за оказание медицинской помощи иногородним онкологическим больным, ответственное лицо онкодиспансера по ИС регистрирует иногородних больных, направленных в плановом порядке на стационарное лечение в другой онкодиспансер, в информационной системе "Бюро госпитализации":

по направлению онкодиспансера, в котором он состоит на учете;

по направлению районного онколога амбулаторно-поликлинической организации по согласованию с онкодиспансером, в котором он состоит на учете ;

по направлению онколога онкодиспансера, в который самостоятельно обратился иногородний больной.

В экстренном порядке стационарная помощь иногородним больным оказывается без направления, при этом уведомляется онкодиспансер, в котором он состоит на учете, в течение отчетного периода.

Онкодиспансер до проведения в плановом порядке впервые противоопухолевого лечения иногороднему больному, направленному онкодиспансером, в котором он состоит на учете, или в случае самостоятельного обращения иногороднего больного предварительно согласовывает необходимость проведения данного противоопухолевого лечения с онкодиспансером, в котором иногородний больной состоит на учете.";

пункт 135 изложить в следующей редакции:

"135. Сведения о регистрации смерти онкологического больного уточняются автоматически в ЭРОБ на основании свидетельства о смерти, введенного в РПН.

Ответственным лицом онкодиспансера уточняются причины смерти в ЭРОБ онкологических больных, за исключением умерших, снятых с учета автоматически, не позднее десяти календарных дней со дня регистрации смерти онкологического больного органом ОРАГС.

В ЭРОБ формируется:

список онкологических больных, снятых с учета автоматически;

список умерших онкологических больных, не снятых с учета.";

пункт 137 изложить в следующей редакции:

"137. Специалист онкодиспансера ежедневно осуществляет ввод и подтверждение данных, в том числе выписного эпикриза, в ЭРОБ не позднее трех рабочих дней, следующих за выбытием пациента из стационара или завершением амбулаторного лечения на основе следующих форм первичной медицинской документации:

данные о стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи на основе медицинских карт по формам № 066-2/у и № 003/у;

данные о консультативно-диагностической медицинской помощи на основе медицинских карт по форме 025/у;

данные об использованных химиопрепаратах онкологическим больным, включая таргетные препараты, на всех этапах лечения;

данные об использовании медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга, на основании листа использования медицинской техники,

приобретенной на условиях финансового лизинга, из данных первичной медицинской документации, которое является приложением:

к форме № 066-2/у, утвержденной приказом № 907, при оказании стационарной медицинской помощи;

к форме 025/у, при оказании КДП.";

пункты 140 и 141 изложить в следующей редакции:

"140. Меры экономического воздействия за несвоевременное снятие с учета и несвоевременную регистрацию сведений о смерти онкологического больного в ЭРОБ не распространяются в отношении:

больных с злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани;

посмертно зарегистрированных онкологических больных;

онкологических больных, умерших до 1 января 2012 года.

141. Онкодиспансер направляет заказчику в срок не позднее одного рабочего дня, следующего за отчетным периодом, (за декабрь – до 25 декабря) сформированный в ЭРОБ счет-реестр оказанных медицинских услуг онкологическим больным в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно приложению 72 к настоящим Правилам, подписанный руководителем на бумажном носителе или в электронной форме посредством ЭЦП (далее – счет-реестр).";

пункты 145 и 146 изложить в следующей редакции:

"145. Онкодиспансер в срок до 30 числа месяца, следующего за отчетным периодом, вводит в ЭРОБ следующие отчеты за предыдущий отчетный период:

информацию о структуре доходов при оказании медицинских услуг онкологическим больным по форме согласно приложению 75 к настоящим Правилам;

информацию о структуре расходов при оказании медицинских услуг онкологическим больным по форме согласно приложению 76 к настоящим Правилам;

информацию о дифференцированной оплате труда работников по форме согласно приложению 77 к настоящим Правилам;

информацию о повышении квалификации и переподготовке кадров по форме согласно приложению 78 к настоящим Правилам;

информацию о распределении плановой суммы аванса на оказание медицинских услуг по форме согласно приложению 78-1 к настоящим Правилам.

В случае отсутствия в ЭРОБ информации, предусмотренной настоящим пунктом, формирование счет-реестра за текущий отчетный период онкодиспансеру не производится до введения указанных данных.

146. Онкодиспансер 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 осуществляет оплату по заключенным договорам субподряда с организациями здравоохранения, в том числе с онкодиспансерами, в пределах сумм, предусмотренных основным договором на оказание ГОБМП за оказанные КДУ по тарифам согласно тарификатору.";

заголовок параграфа 6 изложить в следующей редакции:

"Параграф 6. Возмещение затрат организациям районного значения или села за оказание услуг ГОБМП сельскому населению за счет средств республиканского бюджета и местного бюджета";

пункты 151 и 152 изложить в следующей редакции:

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

1) обеспечение комплекса услуг ГОБМП сельскому населению в соответствии со стандартами в области здравоохранения, согласно подпункту б) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье по видам медицинской помощи: доврачебная, квалифицированная, специализированная, медико-социальная, которые оказываются в следующих формах: ПМСП, КДП, стационарозамещающей и стационарной медицинской помощи, в пределах средств, предусмотренных по гарантированному компоненту комплексного подушевого норматива на сельское население;

2) стимулирование работников ПМСП.

152. Комплексный подушевой норматив на сельское население за отчетный период определяется в расчете на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале РПН на последнюю дату отчетного месяца в соответствии с Методикой формирования тарифов.";

пункт 153 исключить;

пункты 154, 155, 156 и 157 изложить в следующей редакции:

"154. Размер комплексного подушевого норматива на сельское население определяется по формам медицинской помощи (ПМСП, КДП, стационарозамещающая помощь, стационарная помощь) согласно заключенному договору на оказание ГОБМП.

155. Расчет комплексного подушевого норматива на сельское население за отчетный период осуществляется в соответствии с Методикой формирования тарифов:

субъектам села, оказывающим ПМСП, по численности прикрепленного населения, зарегистрированного в портале РПН на последнюю дату отчетного месяца;

субъектам села, не оказывающим ПМСП, по численности прикрепленного населения, зарегистрированного в портале РПН по данному району согласно заключенному договору на оказание ГОБМП.

156. Объем финансирования субъектам села по комплексному подушевому нормативу на сельское население за отчетный период определяется путем умножения комплексного подушевого норматива на сельское население на численность населения согласно пункту 155 настоящих Правил.

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

157. Оплата услуг ГОБМП субъектам села осуществляется Заказчиком на основании сформированных в автоматизированном режиме в ИС "АПП", ДКПН платежных документов, определенных настоящими Правилами.";

пункт 161 изложить в следующей редакции:

"161. Субъект села в срок не позднее десятого числа месяца, следующего за отчетным периодом, (за декабрь - 20 декабря) передает заказчику, сформированный в ИС "АПП" счет-реестр за оказание медицинской помощи прикрепленному населению в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи субъектом здравоохранения районного значения и села согласно приложению 84-1 к настоящим Правилам (далее –счет-реестр субъекта села), подписанный руководителем на бумажном носителе или в электронной форме посредством ЭЦП.";

пункт 164 исключить;

пункты 165 и 166 изложить в следующей редакции:

"165. Заказчик формирует в ИС "АПП" рассматриваемый и подписываемый комиссией по оплате услуг протокол исполнения договора на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи субъектом здравоохранения районного значения и села по форме согласно приложению 85 к настоящим Правилам (далее - протокол исполнения договора субъекта села) на основании:

подписанного субъектом села счет-реестра;

результатов контроля качества и объема оказанных услуг субъектом села, проведенного ТД ККМФД (при их наличии);

Сводного перечня;

результатов достижения субъектом села индикаторов конечного результата, рассчитанных в автоматизированном режиме в ДКПН.

166. Заказчик на основании протокола исполнения договора субъекта села в ИС "АПП" формирует акт выполненных работ (услуг), оказанных в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи субъектом

здравоохранения районного значения и села по форме согласно приложению 86 к настоящим Правилам (далее - акт выполненных услуг субъекта села) в двух экземплярах, который подписывается обеими сторонами на бумажном носителе или в электронной форме посредством ЭЦП, один экземпляр которого передается субъекту села.";

пункты 168 и 169 изложить в следующей редакции:

"168. Формирование платежных документов и Сводного перечня осуществляется на основании ИС при выполнении ответственными лицами по ИС следующих функций:

в ИС "АПП":

1) заказчик:

вводит и подтверждает договоры ГОБМП, заключенные с субъектами села;

формирует следующие платежные документы на отчетный период:

протокол исполнения договора субъекта села;

акт выполненных услуг субъекта села;

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

3) субъект села:

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

формирует за отчетный период счет-реестр субъекта села;

вводит данные за отчетный период на основании первичной финансовой документации в срок до 30 числа месяца, следующего за отчетным периодом (за декабрь – до 25 декабря) и по результатам ввода формирует следующие отчеты за предыдущий отчетный период:

информацию о структуре доходов при оказании медицинской помощи субъектом здравоохранения районного значения и села по форме согласно приложению 88 к настоящим Правилам;

информацию о структуре расходов при оказании медицинской помощи субъектом здравоохранения районного значения и села по форме согласно приложению 89 к настоящим Правилам;

информацию о структуре доходов и расходов при оказании медицинской помощи субъектом здравоохранения районного значения и села в разрезе структурных подразделений по форме согласно приложению 90 к настоящим Правилам;

информацию о дифференцированной оплате труда работников субъекта здравоохранения районного значения и села по форме согласно приложению 91 к настоящим Правилам;

информацию о повышении квалификации и переподготовке кадров субъекта здравоохранения районного значения и села по форме согласно приложению 92 к настоящим Правилам;

информацию о распределении плановой суммы аванса на оказание медицинских услуг по форме согласно приложению 92-1 к настоящим Правилам;

формирует платежные документы по субподрядчику на отчетный период согласно параграфу 7 раздела 2 настоящих Правил;

вводит данные по количеству КДУ, оказанных на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга, в лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга;

в СУКМУ:

1) субъект мониторинга и анализа ГОБМП формирует по субъектам села перечень случаев госпитализации, подлежащих контролю качества после оценки субъекта мониторинга и анализа ГОБМП;

2) ТД ККМФД по субъектам села:

прикрепляет экспертное заключение по случаям с летальным исходом стационарных больных;

вводит результаты контроля качества стационарной и стационарозамещающей помощи;

в ЭРСБ субъект села:

ежедневно вводит и подтверждает данные, в том числе выписного эпикриза, не позднее дня следующего за днем выбытия пациента из стационара, на основе следующих форм первичной медицинской документации: форма № 003/у, форма № 003-2/у, форма № 096/у, форма № 097/у. Данные после подтверждения не подлежат корректировке, за исключением случаев ввода в ЭРСБ результатов гистологических и патоморфологических исследований;

формирует по результатам ввода данных из медицинских карт статистическую карту выбывшего из стационара (формы № 066/у, № 066-1/у, № 066-2/у, № 066-3/у, № 066-4/у, утвержденные приказом № 907) и выписку из медицинской карты (амбулаторного, стационарного) больного (форма № 027/у, утвержденная приказом № 907);

в АИС "Поликлиника" субъект села:

ежедневно вводит сведения по графику приема и расписания врачей, записи на прием к врачу, активы и вызова на дом, распределение поступивших направлений;

ежедневно осуществляет персонифицированную регистрацию оказанных амбулаторно-поликлинических услуг населению специалистами ПМСП и КДП на основе следующих форм первичной медицинской документации: форма № 025/у, форма № 025-5/у, форма 025-9/у, форма 025-8у, форма 025-07у;

ежедневно вводит внешние направления на КДУ по форме № 001-4/е;
в ДКПН – согласно параграфу 1 раздела 2 настоящих Правил.

169. Поставщик с целью обеспечения доступности, комплексности и качества медицинской помощи населению в рамках ГОБМП с учетом реализации их права на свободный выбор субъекта, оказывающего ГОБМП, на отсутствующие услуги ГОБМП в соответствии с Правилами выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат, согласно пункту 4 статьи 34 Кодекса о здоровье (далее – Правила выбора поставщика) привлекают по согласованию с заказчиком субподрядчика и заключают с ним договора субподряда в пределах сумм договора на оказание ГОБМП.";

пункт 172 исключить;

пункт 173 изложить в следующей редакции:

"173. Поставщик оплату субподрядчику осуществляет:

1) за оказанные КДУ в рамках ГОБМП по стоимости в соответствии с тарификатором;

2) за оказание специализированной медицинской помощи в форме стационарной медицинской помощи в рамках ГОБМП сельскому населению по тарифам за один пролеченный случай по КЗГ между субъектами села в пределах региона места их нахождения;

3) за оказание специализированной медицинской помощи в форме стационарозамещающей медицинской помощи населению в рамках ГОБМП по тарифам за один пролеченный случай;

4) за оказание комплекса медицинских услуг сельскому населению в рамках ГОБМП другим субъектом села в данном регионе по комплексному подушевому нормативу на сельское население, размер которого устанавливается по согласованию с заказчиком в зависимости от определенного перечня форм медицинской помощи.";

пункт 174 исключить;

пункт 176 изложить в следующей редакции:

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

1) при оказании КДУ населению в рамках договора субподряда с поставщиком в лице субъекта ПМСП и (или) субъекта села:

в АИС "Поликлиника":

ежедневно вводит сведения по графику приема и расписания врачей, записи на прием к врачу, активы и вызова на дом, распределение поступивших направлений;

ежедневно вводит внутренние и внешние направления на КДУ по форме № 001-4/у;

ежедневно осуществляет персонифицированную регистрацию оказанных КДУ населению, обратившемуся по направлению специалистов субъектов ПМСП и субъектов села, или в экстренном состоянии, на основе следующих форм первичной медицинской документации: форма № 025/у, форма №025-9/у; в ИС "АПП":

формирует за отчетный период счет-реестр за оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП по договору субподряда по форме согласно приложению 93 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр субподрядчика);

формирует по результатам ввода данных за отчетный период персонифицированный реестр оказанных медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по договору субподряда, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично по форме согласно приложению 94 к настоящим Правилам (далее – персонифицированный реестр субподрядчика);

вводит данные за отчетный период на основании первичной финансовой документации в срок до 30 числа месяца, следующего за отчетным периодом (за декабрь – до 25 декабря) и по результатам ввода формирует следующие отчеты за предыдущий отчетный период:

информацию о структуре доходов при оказании медицинских услуг субподрядчиком по форме согласно приложению 95 к настоящим Правилам;

информацию о структуре расходов при оказании медицинских услуг субподрядчиком по форме согласно приложению 96 к настоящим Правилам;

информацию о дифференцированной оплате труда работников по форме согласно приложению 97 к настоящим Правилам;

информацию о повышении квалификации и переподготовке кадров по форме согласно приложению 98 к настоящим Правилам;

2) при оказании медицинской помощи онкологическим больным в рамках договора субподряда с поставщиком в лице регионального онкологического диспансера:

в ИС "ЭРОБ":

в модуле "Производственный блок":

ежедневно осуществляет персонифицированную регистрацию оказанных КДУ больным, обратившимся по направлению специалистов поставщика, или в экстренном состоянии, на основе следующих форм первичной медицинской документации: форма № 025/у, форма № 025-9/у;

в модуле "Финансовый блок":

формирует за отчетный период счет-реестр оказанных услуг иногородним больным в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно приложению 99 к настоящим Правилам;

формирует за отчетный период реестр оказанных услуг иногородним больным в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;

формирует за отчетный период индивидуальный счет на больного с расшифровкой расходов на оказание медицинской помощи;

формирует протокол исполнения договора субподряда на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи иногородним больным по форме согласно приложению 100 к настоящим Правилам;

формирует акт выполненных работ (услуг), оказанных медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи иногородним больным, (далее - акт выполненных услуг) по форме согласно приложению 101 к настоящим Правилам.";

пункт 184 изложить в следующей редакции:

"184. Возмещение лизинговых платежей на условиях финансового лизинга осуществляется из средств республиканского бюджета и (или) за счет средств местного бюджетов, по заключенному договору с лизингодателем организациям, оказывающим ГОБМП в организационно-правовой форме государственных предприятий, акционерных обществ и хозяйственных товариществ, сто процентов голосующих акций (долей участия в уставном капитале) которых принадлежит государству и Корпоративному фонду "University Medical Center".";

пункты 195 и 196 изложить в следующей редакции:

"195. УЗ и ТД КОМУ осуществляют выплату лизинговых платежей лизингополучателям на основании заключенного договора на оказание ГОБМП согласно Правил выбора поставщика.

196. Обеспечение заключения договора на оказание ГОБМП с лизингополучателями осуществляется согласно индивидуальному плану финансирования.";

дополнить параграфом 9 следующего содержания:

"Параграф 9. Возмещение затрат организациям службы крови за выданные компоненты крови и оказанные услуги за счет средств республиканского бюджета в виде целевых текущих трансфертов и средств местного бюджета

219. Возмещение затрат организациям службы крови за выданные компоненты крови и оказанные услуги в рамках ГОБМП осуществляется с учетом результатов контроля качества и объема выданных компонентов крови и оказанных услуг по тарифам согласно тарификатору за счет:

средств республиканского бюджета в виде ЦТТ;

средств местного бюджета, в случае их дополнительного выделения по решению местного представительного органа.

220. Организация службы крови в срок не позднее одного рабочего дня месяца, следующего за отчетным периодом, (за декабрь – 20 декабря) формирует и передает заказчику подписанный руководителем на бумажном носителе или в электронной форме посредством ЭЦП счет-реестр по оказанию услуг и выдаче компонентов крови в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств республиканского бюджета в виде целевых текущих трансфертов и средств местного бюджета (далее – счет-реестр по крови) по форме согласно приложению 112 к настоящим Правилам.

221. Заказчик формирует протокол исполнения договора по оказанию услуг и выдаче компонентов крови в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств республиканского бюджета в виде целевых текущих трансфертов и средств местного бюджета по форме согласно приложению 113 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора по крови) на основании:

подписанного организацией службы крови счет-реестра по крови;

результатов контроля качества и объема выданных компонентов крови и оказанных услуг (при их наличии), проведенного ТД ККМФД, подлежащих снятию и не подлежащих оплате. Протокол исполнения договора по крови рассматривается и подписывается комиссией по оплате услуг.

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

222. Заказчик на основании протокола исполнения договора по крови составляет акт выполненных работ по оказанию услуг и выдаче компонентов крови в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств республиканского бюджета в виде целевых текущих трансфертов и средств местного бюджета (далее – акт выполненных услуг по крови) по форме согласно приложению 114 к настоящим Правилам в двух экземплярах, который подписывается обеими сторонами и один экземпляр передается субъекту службы крови.

223. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств, указанных в договоре на оказание ГОБМП, заказчик принимает счет-реестр по крови и акт выполненных услуг по крови позднее установленного срока.

224. Заказчиком оплата по подписанным актам выполненных услуг по крови осуществляется не позднее 10 календарных дней после отчетного периода (

декабрь – до 25 декабря) с учетом удержания части ранее выплаченного аванса в объеме и сроки, предусмотренные в договоре на оказание ГОБМП, путем перечисления денежных средств на расчетный счет субъекту службы крови.";

приложения 2 и 3 изложить в новой редакции согласно приложениям 1 и 2 к настоящему приказу;

дополнить приложениями 3-1 и 3-2 согласно приложениям 3 и 4 к настоящему приказу;

приложение 4 изложить в новой редакции согласно приложению 5 к настоящему приказу;

дополнить приложением 4-1 согласно приложению 6 к настоящему приказу;

приложения 5, 6, 7, 8, 9 и 10 изложить в новой редакции согласно приложениям 7, 8, 9, 10, 11 и 12 к настоящему приказу;

приложения 11 и 12 исключить;

приложения 13, 14 и 15 изложить в новой редакции согласно приложениям 13, 14 и 15 к настоящему приказу;

приложения 18, 19 и 20 изложить в новой редакции согласно приложениям 16, 17 и 18 к настоящему приказу;

приложение 23 исключить;

приложения 26 и 27 изложить в новой редакции согласно приложениям 19 и 20 к настоящему приказу;

приложения 29 и 30 изложить в новой редакции согласно приложениям 21 и 22 к настоящему приказу;

приложение 31 исключить;

дополнить приложениями 32-1 и 32-2 согласно приложениям 23 и 24 к настоящему приказу;

приложения 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48 и 49 изложить в новой редакции согласно приложениям 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40 и 41 к настоящему приказу;

приложения 51 и 52 изложить в новой редакции согласно приложениям 42 и 43 к настоящему приказу;

приложение 53 исключить;

приложение 54 изложить в новой редакции согласно приложению 44 к настоящему приказу;

приложения 55, 61, 62, 65 и 66 исключить;

приложения 68, 69 и 70 изложить в новой редакции согласно приложениям 45, 46 и 47 к настоящему приказу;

приложения 72, 73 и 74 изложить в новой редакции согласно приложениям 48, 49 и 50 к настоящему приказу;

дополнить приложением 78-1 согласно приложению 51 к настоящему приказу
;
дополнить приложением 84-1 согласно приложению 52 к настоящему приказу
;
приложения 85 и 86 изложить в новой редакции согласно приложениям 53 и 54 к настоящему приказу;
приложение 87 исключить;
дополнить приложением 92-1 согласно приложению 55 к настоящему приказу
;
дополнить приложениями 112, 113 и 114 согласно приложениям 56, 57 и 58 к настоящему приказу.

2. Комитету оплаты медицинских услуг Министерства здравоохранения 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;

3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения 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 Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2) и 3) настоящего пункта.

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

4. Настоящий приказ вводится в действие со дня его первого официального опубликования и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2017 года за исключением абзацев одиннадцатого, двенадцатого, двести тридцать пятого, двести тридцать шестого, двести пятидесятого и четыреста двадцать восьмого пункта 1, которые вводятся в действие по истечении десяти календарных дней после его первого официального опубликования.

Республики Казахстан

М и н и с т р
Р е с п у б л и к и

12 декабря 2017 года

Министр национальной
Р е с п у б л и к и

13 декабря 2017 года

Е. Биртанов

" С О Г Л А С О В А Н "

ф и н а н с о в
К а з а х с т а н

Б. Султанов

" С О Г Л А С О В А Н "

э к о н о м и к и
К а з а х с т а н

Т. Сулейменов

Приложение 1
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874

Приложение 2
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

Лист экспертной оценки медицинских услуг

1. Государственный орган, осуществляющий оценку.
 2. Наименование субъекта (объекта) здравоохранения.
 3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя субъекта здравоохранения.
 4. Дата начала и окончания проверки.
 5. Проверяемый период.
 6. Предмет проверки _____
(выявление дефектов оказания медицинских услуг, в том числе выполнение договорных обязательств по оказанию ГОБМП и другое)
- I. Экспертная оценка качества оказанных медицинских услуг на уровне первичной медико – санитарной, консультативно -диагностической помощи:
1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного.
 2. Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) (для гражданина Республики Казахстан).
 3. Дата рождения, возраст (полных лет).
 4. Национальность.
 5. Место жительства.
 6. Номер медицинской карты, период лечения.

7. Источник финансирования пролеченного случая.

8. Диагноз направившей организации.

9. Диагноз заключительный клинический (основной, сопутствующий, осложнения).

10. Дефекты на уровне первичной медико-санитарной, консультативно-диагностической (выявлены, не выявлены, пациент не наблюдался, неизвестно).

11. Динамическое наблюдение (описание):

1) отсутствие динамического наблюдения;

2) несоблюдение стандартов диспансеризации;

3) отсутствие патронажа новорожденного в первые трое суток после выписки из родильного дома;

4) отклонения от стандартов наблюдения за беременными и в послеродовом периоде;

5) несвоевременное взятие детей на диспансерный учет;

6) несвоевременное взятие на учет по беременности (после 12-недельного срока беременности);

7) несоблюдение стандартов иммунопрофилактики;

12. Недостатки обследования (не соответствие стандартам в области здравоохранения), повлекшие ухудшение состояния или летальный исход.

13. Недооценка тяжести состояния (описание).

14. Дефекты госпитализации (описание):

1) не госпитализирован при имеющихся показаниях;

2) необоснованное направление на госпитализацию;

3) запоздалая госпитализация;

4) оказание стационарозамещающей помощи без показаний;

15. Результаты лечения:

1) летальный исход (предотвратим на уровне первичной медико-санитарной, консультативно-диагностической и стационарозамещающей медицинской помощи), заполняются факторы:

отсутствие патологоанатомического исследования, за исключением случаев, предусмотренных законодательством;

отсутствие гистологического исследования;

своевременность госпитализации пациента;

социальное благополучие пациента;

ранняя диагностика патологического состояния;

назначение дополнительных методов исследования;

правильность трактовки данных клинических и лабораторных исследований, заключений консультантов;

своевременность назначения адекватного лечения, в том числе оперативного; квалификация специалистов;
иной результат по конкретному случаю, не указанный в данном перечне;
2) исход "ухудшение" (необоснованное отклонение от основных лечебных и (или) диагностических мероприятий).

16. Наличие рекомендаций (отсутствуют, неполные).

17. Наличие дефектов организационно-тактических мероприятий:

1) отсутствие доступа к санитарному транспорту, лекарственным средствам, изделиям медицинского назначения и медицинской технике;

2) отсутствие помощи больному со стороны Службы поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита);

3) отсутствие необходимых лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;

4) иное (дефект по конкретному случаю, не указанное в данном перечне).

18. Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП.

19. В случае смерти на дому, указать его предотвратимость, основываясь на выявленных дефектах качества и объема (профилактических, диагностических, лечебных и организационно-тактических).

20. Несоблюдение кодекса чести медицинских и фармацевтических работников (согласно статье 184 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения") (описание).

II. Экспертная оценка качества оказанных медицинских услуг на уровне скорой медицинской помощи:

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного.

2. Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) (для гражданина Республики Казахстан).

3. Дата рождения, возраст (полных лет).

4. Национальность.

5. Место жительства.

6. Источник финансирования вызова.

7. Описание жалоб (неполные, не соответствуют диагнозу и т.д.).

8. Описание анамнеза (не указан, не раскрыт полностью, не соответствуют диагнозу и т.д.).

9. Недооценка тяжести состояния (описание).

10. Доставка больного на госпитализацию без показаний (описание).

11. Отсутствие доставки больного в стационар при наличии показаний к госпитализации (описание).

12. Случаи повторных вызовов по тому же заболеванию в течение суток с момента первого вызова (описание).

13. Ошибки в диагнозе (описание):

- 1) диагноз неполный;
- 2) случаи расхождения направительного и клинического диагноза;
- 3) диагноз не установлен;
- 4) иное (ошибка по конкретному случаю, не указанное в данном перечне).

14. Наличие дефектов организационно-тактических мероприятий:

1) несвоевременность прибытия бригады скорой помощи на вызов (не соблюдение утвержденного регламента времени);

2) непредоставление активов в организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь;

3) иное (дефект по конкретному случаю, не указанное в данном перечне).

15. Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП.

16. В случае смертельного исхода указать его предотвратимость, основываясь на выявленных дефектах качества и объема (диагностических, лечебных и организационно-тактических).

17. Несоблюдение кодекса чести медицинскими и фармацевтическими работниками (согласно статье 184 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения") (описание).

III. Экспертная оценка качества оказанных медицинских услуг на уровне стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи:

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного.

2. Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) (для гражданина Республики Казахстан).

3. Дата рождения, возраст (полных лет).

4. Национальность.

5. Место жительства.

6. Номер медицинской карты, период лечения.

7. Источник финансирования пролеченного случая.

8. Диагноз направившей организации.

9. Диагноз предварительный клинический.

10. Диагноз заключительный клинический (основной, сопутствующий, осложнения).

11. Результаты лечения:

1) летальный исход (не предотвратим, предотвратим на уровне стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи) – заполняются факторы:

отсутствие патологоанатомического исследования, за исключением случаев, предусмотренных законодательством;

отсутствие гистологического исследования;

своевременность госпитализации пациента;

социальное благополучие пациента;

ранняя диагностика патологического состояния;

назначение дополнительных методов исследования;

правильность трактовки данных клинических и лабораторных исследований, заключений консультантов;

своевременность назначения адекватного лечения, в том числе оперативного;

квалификация специалистов;

иной результат по конкретному случаю, не указанный в данном перечне;

2) исход "ухудшение" (необоснованное отклонение от основных лечебных и (или) диагностических мероприятий);

3) исход "без перемен" (необоснованное отклонение от основных лечебных и (или) диагностических мероприятий);

4) госпитализация в стационар, вследствие неэффективности лечения на амбулаторно - поликлиническом уровне;

5) случаи осложнений, возникших в результате лечения (необоснованное отклонение от основных лечебных и (или) диагностических мероприятий);

6) иной результат по конкретному случаю, не указанный в данном перечне.

12. Наличие согласования выписки с пациентом.

13. Наличие рекомендаций (отсутствуют, неполные).

14. Наличие дефектов организационно-тактических мероприятий:

1) отсутствие доступа к санитарному транспорту, лекарственным средствам, изделиям медицинского назначения и медицинской технике;

2) отсутствие помощи больному со стороны Службы поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита);

3) отсутствие необходимых лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;

4) иное (дефект по конкретному случаю, не указанное в данном перечне).

15. Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП.

16. В случае летального исхода указать его предотвратимость, основываясь на выявленных дефектах качества и объема (профилактических, диагностических, лечебных и организационно-тактических).

17. Несоблюдение кодекса чести медицинскими и фармацевтическими работниками (согласно статье 184 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения") (описание).

IV. Нарушения со стороны пациента

1. Нет замечаний.
2. Позднее обращение за медицинской помощью.
3. Нерегулярное наблюдение у врача.
4. невыполнение или нерегулярное выполнение рекомендаций врача.
5. Отказ от предложенного лечения.
6. Самостоятельное лечение.
7. Отказ от госпитализации.
8. Нарушение режима пребывания в стационаре.
9. Самовольный уход из стационара.
10. Нарушение этики по отношению к медицинским работникам субъекта здравоохранения.
11. иное (нарушение по конкретному случаю, не указанное в данном перечне)

V. Выводы

Указать основные выводы по выявленным дефектам оказания медицинских услуг.

В случаях, если внеплановая проверка проведена на основании жалобы на качество оказанных медицинских услуг, необходимо указать обоснованность жалобы (обоснованная/частично/необоснованная) и дать пояснения по каждому доводу заявителя.

Председатель комиссии _____ / _____

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

Члены комиссии _____ / _____

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

Дата " ____ " _____ 20 ____ года

Приложение 2
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 3
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств

**Перечень услуг,
затраты по которым учитываются при оплате за оказанный комплекс
амбулаторно-поликлинических услуг гарантированного объема**

бесплатной медицинской помощи субъектами здравоохранения городского значения и субъектами здравоохранения районного значения и села по комплексному подушевому нормативу

1. Комплексный подушевой норматив АПП и комплексный подушевой норматив на сельское население включают услуги АПП в соответствии с Перечнем гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, утвержденным постановлением Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2136 (далее – Перечень ГОБМП), в том числе услуги:

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

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

заболеваний у детей до 18 лет;

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

сахарного диабета среди мужчин и женщин;

предопухолевых, злокачественных новообразований молочной железы среди женщин;

глаукомы среди мужчин и женщин.

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

1) за счет средств республиканского бюджета на оказание КДУ:

участникам, инвалидам Великой Отечественной войны и лицам, приравненным к ним, оказываемые в специализированных организациях здравоохранения;

детям с врожденной патологией челюстно-лицевой области с использованием аппарата для устранения зубочелюстных аномалий (ортодонтическая пластинка) при оказании ортодонтической помощи;

плановая стоматологическая помощь детям и беременным женщинам (кроме ортодонтической и ортопедической) по направлению специалиста, включая экстракцию зубов с использованием обезболивания, препарирование и наложение пломбы из композитных материалов химического отверждения;

экстренная стоматологическая помощь (острая боль) для социально-уязвимой категории населения: обезболивание, препарирование и наложение пломбы из композитных материалов химического отверждения, экстракция зуба с обезболиванием, периостотомия, вскрытие абсцессов;

услуг передвижных медицинских комплексов;

по видам дорогостоящих видов диагностических исследований для социально-уязвимой категории населения по направлению специалиста: полимеразная цепная реакция, иммунофенотипирование, компьютерная томография, магниторезонансная томография;

медико-генетические исследования беременных;

позитронно-эмиссионная томография, однофотонная эмиссионная компьютерная томография;

в травматологических пунктах;

в реабилитационных в специализированных центрах;

в кожно-венерологических диспансерах (отделениях при многопрофильных больницах);

в республиканских организациях здравоохранения;

на неонатальный скрининг, который проводится на стационарном уровне и предусмотрен в стоимости пролеченного случая по клинико-затратным группам;

2) за счет средств местного бюджета на оказание КДУ:

гражданам Республики Казахстан призывного возраста в период прохождения призывной комиссии;

во врачебно-физкультурных диспансерах;

зубопротезирование участников, инвалидов Великой Отечественной войны;

в сельских больницах Кызылординской области;

в домах ребенка;

3) за счет средств республиканского бюджета в виде ЦТТ на оказание КДУ:

на проведение скрининговых исследований согласно Правил использования целевых текущих трансфертов из республиканского бюджета областными бюджетами, бюджетами городов Астаны и Алматы на здравоохранение, утвержденных постановлением Правительства Республики Казахстан на текущий финансовый год;

на восстановительное лечение и медицинскую реабилитацию взрослым и детям, за исключением проводимых на республиканском уровне в соответствии с Правилами восстановительного лечения и медицинской реабилитации, в том числе детской медицинской реабилитации, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 февраля 2015 года № 98;

на сестринский уход и паллиативную помощь лицам, указанным в Перечне категорий населения, которым оказывается паллиативная помощь и сестринский уход, утвержденного приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 25 февраля 2015 года № 96;

на оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим туберкулезом, психическими расстройствами (заболеваниями), алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, за исключением оказываемой республиканскими организациями;

на оказание медицинской помощи больным инфекционными заболеваниями на местном уровне;

на оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИД, а также на проведение мероприятий по борьбе со СПИДом, за исключением оказываемой республиканской организацией;

на оказание наркологической помощи в Центрах временной адаптации и детоксикации пациентам в состоянии опьянения (интоксикации) от алкоголя, доставленных сотрудниками органов внутренних дел или гражданами в соответствии с Положением о деятельности центра временной адаптации и детоксикации, утвержденным приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года № 1;

на заготовку крови, ее компонентов, производство компонентов, препаратов крови и диагностических реагентов для обеспечения кровью, ее компонентами медицинских организации в рамках ГОБМП, за исключением оказываемой республиканскими организациями, возмещение затрат которым осуществляется в рамках государственного задания;

на патологоанатомические вскрытия и на патологоанатомическую диагностику: забор биологического материала и его исследование (за исключением проводимой прижизненно);

забор биологического материала и его исследование при социально-значимых заболеваниях;

на оказание скорой медицинской помощи населению и услуг санитарной авиации;

на реализацию мероприятий по формированию и пропаганде здорового образа жизни.

Приложение 3
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 3-1
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

СЧЕТ-РЕЕСТР

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

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

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Количество прикрепленного населения _____ человек

в том числе сельское население _____ человек*

Базовый комплексный подушевой норматив АПП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН", в месяц _____ тенге;

Базовый комплексный подушевой норматив АПП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН", в месяц (село) _____ тенге*

Половозрастной поправочный коэффициент _____;

Коэффициент плотности населения _____;

Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности _____;

Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона _____;

Сумма за работу в зонах экологического бедствия на 1-го жителя в месяц _____ тенге;

Комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН", в месяц: ___ тенге, в том числе:

гарантированный компонент комплексного подушевого норматива АПП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН" к субъекту ПМСП, в месяц _____ тенге;

сумма СКПН на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН" к субъекту ПМСП, в месяц _____ тенге.

Комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи сельскому населению на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН", в месяц (село): ___

тенге*, в том числе:

гарантированный компонент комплексного подушевого норматива АПП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН" к субъекту ПМСП, в месяц: _____ тенге*;

сумма СКПН на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН" к субъекту ПМСП, в месяц _____ тенге;

Количество школьников _____ человек;

Подушевой норматив на 1 школьника в месяц _____ тенге.

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате (тенге)
А	Б	В
1.	Всего на оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению, в том числе:	
1.1	на оказание амбулаторно-поликлинической помощи	
1.2	на стимулирование работников организации, оказывающей первичной медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки	
1.3	на оказание консультативно-диагностических услуг	
1.4	за медицинское обслуживание школьников в организациях образования	

2. Сумма лизингового платежа	
ИТОГО к оплате:	

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата " ____ " _____ 20__ года

К данному счет-реестру прилагаются следующие приложения:

данные о динамике численности и структуре прикрепленного населения по
 д а н н ы м
 портала "Регистр прикрепленного населения" по форме согласно таблице 1 к
 с ч е т - р е е с т р у за
 оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках ГОБМП
 п р и к р е п л е н н о м у
 населению субъекта, оказывающего ПМСП;
 сумма на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного
 результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП, по
 ф о р м е
 согласно таблице 2 к счет-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической
 п о м о щ и в
 рамках ГОБМП прикрепленному населению субъекта, оказывающего ПМСП;
 реестр оказанных услуг ПМСП по форме согласно таблице 3 к счет-реестру
 з а
 оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках ГОБМП
 п р и к р е п л е н н о м у
 населению субъекта, оказывающего ПМСП;
 реестр оказанных КДУ, не включенных в комплексный подушевой норматив
 н а
 оказание амбулаторной поликлинической помощи согласно таблице 4 к
 с ч е т - р е е с т р у за
 оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках ГОБМП
 п р и к р е п л е н н о м у
 населению субъекта, оказывающего ПМСП;
 реестр КДУ, оказанных без привлечения субподрядчика согласно таблице 5 к

с ч е т -

реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках ГОБМП
прикрепленному населению субъекта, оказывающего ПМСП;
реестр КДУ оказанных с привлечением субподрядчика согласно таблице 6 к

с ч е т -

реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках ГОБМП
прикрепленному населению субъекта, оказывающего ПМСП;
реестр КДУ, оказанных детскому населению в возрасте от 6 до 17 лет

в к л ю ч и т е л ь н о

согласно таблице 7 к счет-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической
п о м о щ и в
рамках ГОБМП прикрепленному населению субъекта, оказывающего ПМСП;
реестр оказанных КДУ с использованием медицинской техники,

п р и о б р е т е н н о й н а
условиях финансового лизинга согласно таблице 8 к счет-реестру за оказание
а м б у л а т о р н о -

поликлинической помощи в рамках ГОБМП прикрепленному населению
с у б ь е к т а ,
о к а з ы в а ю щ е г о П М С П .

П р и м е ч а н и е :

*данные вводятся для субъектов ПМСП городского значения имеющие
прикрепленное сельское население.

Таблица 1
к счет-реестру за оказание
амбулаторно-поликлинической
помощи в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи прикрепленному
населению субъекта,
оказывающего первичную
медико-санитарную помощь
Форма

**Данные о динамике численности и структуре прикрепленного населения
по данным**

портала "Регистр прикрепленного населения"

период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

человек

	Количество прикрепленного населения	Количество открепленного населения	

Численность прикрепленного населения на начало отчетного периода	Всего	в т.ч. по свободному выбору	Итого	в т.ч. по причинам			Численность прикрепленного населения на конец отчетного периода
				отказ по свободному выбору	смерть	выезд	

Половозрастная структура прикрепленного населения на конец отчетного периода			
Возраст	Всего	в том числе:	
		Мужчины	Женщины
0-12 месяцев			
12 месяцев - 4 года			
5-9 лет			
10-14 лет			
15-19 лет			
20-29 лет			
30-39 лет			
40-49 лет			
50-59 лет			
60-69 лет			
70 и старше			
Итого:			

П о д т в е р ж д а е м , что

1) количеству прикрепленного населения за отчетный период соответствует:
по новорожденным: количеству медицинских свидетельств о рождении,
в ы д а н н ы х
медицинской организацией родовспоможения, и (или) свидетельств о рождении,
зарегистрированных в органах юстиции;
по свободному выбору: количеству заявлений граждан и копии документов,
удостоверяющих их личность;
по территориальному распределению: (указать приказ управления
з д р а в о о х р а н е н и я) ;

2) количеству открепленного населения соответствует:
по смерти: количеству справок о смерти /перинатальной смерти по выезду за
п р е д е л ы
страны: количеству заявлений граждан и копии документов, удостоверяющих их
л и ч н о с т ь .

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата " ____ " _____ 20__ года

П р о в е р е н о :

Руководитель СИ _____/_____

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

Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата " ____ " _____ 20__ года

Таблица 2
к счет-реестру за оказание
амбулаторно-поликлинической
помощи в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи прикрепленному
населению субъекта,
оказывающего первичную
медико-санитарную помощь
Форма

**Сумма на стимулирование работников за достигнутые индикаторы
конечного
результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего
первичную медико-
санитарную помощь
период: с " ____ " _____ 20__ года по " ____ " _____ 20__ года**

№ п /п	Наименование	Плановый показатель	Предъявлено к оплате (фактический показатель*)
1	Численность прикрепленного населения, человек		
2	Количество среднего медицинского персонала на одну врачебную должность, в т.ч.		
	на терапевтическом участке		
	на педиатрическом участке		
	на участке семейного врача/ВОП		
3	Обеспеченность социальными работниками на 10 000 человек прикрепленного населения		
4	Обеспеченность психологами на 10 000 человек прикрепленного населения		
5	Коэффициент медицинской организации		

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

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата " _____ " _____ 20__ года

Примечание:

*расчет фактического показателя приведен на основании данных портала "

Р е г и с т р

прикрепленного населения"

**значение целевого показателя соответствует данным портала "ДКПН";

количество баллов указано в максимальном значении в соответствии с

приказом

Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801

"Об

утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на

медицинские

услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной

медицинской помощи";

сумма распределена по индикаторам конечного результата деятельности субъекта

здравоохранения, оказывающего ПМСП, на основании данных по заключенному

договору на

оказание

ГОБМП;

*** данные соответствуют данным портала "ДКПН" после закрытия

отчетного

периода в портале "ДКПН" заказчиком.

Таблица 3
к счет-реестру за оказание
амбулаторно-поликлинической
помощи в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи прикрепленному
населению субъекта,
оказывающего первичную
медико-санитарную помощь
Форма

Реестр оказанных услуг первичной медико-санитарной помощи*

период: с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ год

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

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
(для счета-реестра на бумажном носителе)
Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе)
Дата " ____ " _____ 20__ года

П р и м е ч а н и е :

- * данные формируются на основании данных ИС "АИС Поликлиника";
- ** сумма не влияет на оплату за отчетный период.

Таблица 4
к счет-реестру за оказание
амбулаторно-поликлинической
помощи в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи прикрепленному
населению субъекта,
оказывающего первичную
медико-санитарную помощь
Форма

**Реестр оказанных консультативно-диагностических услуг, не
включенных в**

**комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторной
поликлинической**

помощи *

период: с " ____ " _____ 20__ года по " ____ " _____ 20__ года

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

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата " ____ " _____ 20__ года

П р и м е ч а н и е :

* данные формируются на основании данных ИС "АИС Поликлиника".

Таблица 5
к счет-реестру за оказание
амбулаторно-поликлинической
помощи в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи прикрепленному
населению субъекта,
оказывающего первичную
медико-санитарную помощь
Форма

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

субподрядчика*

период: с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года

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

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата "_____" _____ 20__ года

П р и м е ч а н и е :

* данные формируются на основании данных ИС "АИС Поликлиника";

** сумма не влияет на оплату за отчетный период.

Таблица 6
к счет-реестру за оказание
амбулаторно-поликлинической
помощи в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи прикрепленному
населению субъекта,

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

субподрядчика*

период: с " ___ " _____ 20__ года по " ___ " _____ 20__ года

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

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата " _____ " _____ 20__ года

П р и м е ч а н и е :

* данные формируются на основании данных ИС "АИС Поликлиника";
 ** сумма не влияет на оплату за отчетный период, подлежит оплате
 с у б п о д р я д ч и к а м В
 порядке и сроки определенные настоящими Правилами.

Таблица 7
 к счет-реестру за оказание
 амбулаторно-поликлинической
 помощи в рамках
 гарантированного объема
 бесплатной медицинской
 помощи прикрепленному
 населению субъекта,
 оказывающего первичную
 медико-санитарную помощь
 Форма

Реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных детскому населению в

возрасте от 6 до 17 лет включительно*

период: с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года

№ п/п	ИИН	Полный код услуги	Наименование услуги	Сумма, тенге*
1	2	3	4	5
ИТОГО				

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата " _____ " _____ 20__ года

П р и м е ч а н и е :

* данные формируются на основании данных ИС "АИС Поликлиника";
 ** сумма не влияет на оплату за отчетный период.

Таблица 8
 к счет-реестру за оказание
 амбулаторно-поликлинической
 помощи в рамках
 гарантированного объема
 бесплатной медицинской

помощи прикрепленному
населению субъекта,
оказывающего первичную
медико-санитарную помощь
Форма

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

период: с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года

К о д медицинского оборудования	Наименование медицинского оборудования	Полный к о д услуги	Наименование услуги	Лизинговый платеж на 1 услугу, тенге	Количество услуг	Сумма лизингового платежа к оплате, тенге
1	2	3	4	5	6	7
ИТОГО						

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата "___" _____ 20__ года

Приложение 4
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 3-2
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

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

1	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП						
2	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП						
3	Своевременно диагностированный туберкулез легких						
4	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 1-2 стадии						
5	Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)						
6	Обоснованные жалобы						

Лизинговые платежи

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

Иные выплаты/вычеты

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

Всего предъявлено к оплате _____ тенге	
Всего принято к оплате _____ тенге	
Председатель: _____ / _____	
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/ подпись) (для протокола на бумажном носителе)	(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/ подпись)
Члены комиссии: _____ / _____	(для протокола на бумажном носителе)

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии/ подпись) (для протокола на бумажном носителе) _____ / _____	Дата "___" _____ 20__ года
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии/ подпись) (для протокола на бумажном носителе)	

Приложение 5
 к Приказу Министра
 здравоохранения Республики
 Казахстан
 от 27 ноября 2017 года № 874
 Приложение 4
 к Правилам возмещения затрат
 организациям здравоохранения
 за счет бюджетных средств

Перечень случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично, по результатам выборочного контроля качества и объема оказанной амбулаторно-поликлинической помощи (первичной медико-санитарной и консультативно-диагностической)

№	№ кода	Наименование	Единица измерения	Подлежит к снятию от стоимости гарантированного компонента утвержденного комплексного подушевого норматива (КПН) на 1 жителя в месяц
1	2	3	4	5
1		Первичная медико-санитарная помощь		
2		Контроль профилактических, лечебно-диагностических мероприятий		
3	3.2.1	Обоснованные жалобы на качество оказанных медицинских услуг		
4	3.2.1.3	Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП	1 случай	15 кратный размер КПН
5	3.2.1.4	Нарушение этики медицинскими работниками		4 кратный размер КПН
6	3.2.2	Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП	1 случай	На сумму затрат, подтвержденных документально
7	3.3	Необоснованное направление больных на госпитализацию	1 случай	8 кратный размер КПН
8	3.4	Завышение объема оказанной медицинской помощи путем приписки	1 случай	20 кратный размер КПН
9	3.7	Случаи смерти на дому (предотвратимые)	1 случай	25 кратный размер КПН
10		Контроль наблюдения за детьми в возрасте до 1 года жизни		
11	3.8	Отсутствие патронажа новорожденного в первые 3 суток после выписки из родильного дома	1 случай	4 кратный размер КПН

12 Контроль наблюдения за беременными			
13	3.10	Несвоевременное взятие на учет по беременности (после 12 недельного срока беременности)	1 случай 8 кратный размер КПП
14	3.12	Отсутствие профилактических мероприятий с учетом прогноза течения беременности и родов	1 случай 8 кратный размер КПП
15	3.14	Отсутствие лечебно-диагностических мероприятий по выявленным заболеваниям (акушерская патология, экстрагенитальные заболевания)	1 случай 15 кратный размер КПП
16	3.15	Неполный объем лечебно-диагностических мероприятий по выявленным заболеваниям (акушерская патология, экстрагенитальные заболевания)	1 случай 8 кратный размер КПП
17 Контроль наблюдения за подростками			
18	3.17	Несвоевременное взятие подростка на диспансерный учет	1 случай 15 кратный размер КПП
19 Консультативно-диагностическая помощь			
20	4.2.2	Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП	1 случай На сумму затрат, подтвержденных документально
21	4.3	Необоснованное направление больных на госпитализацию	1 случай 8 кратный размер КПП
22	4.4	Завышение объема оказанной медицинской помощи путем приписки	1 случай 20 кратный размер КПП
23	4.2.1	Обоснованные жалобы на качество оказанных медицинских услуг	
24	4.2.1.3	Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП	1 случай 15 кратный размер КПП
25	4.2.1.4	Нарушение этики медицинскими работниками	4 кратный размер КПП

Приложение 6
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 4-1
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

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

первичную медико-санитарную помощь

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Период с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование субъекта здравоохранения: _____	
Наименование бюджетной программы:	_____
Наименование бюджетной программы: _____	
Общая сумма Договора:	_____ тенге,
в том числе общая сумма выплаченного аванса:	_____ тенге,
в том числе общая сумма лизинговых платежей на текущий год:	_____ тенге.
Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг):	_____ тенге,
в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей:	_____ тенге.
Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг):	_____ тенге,
в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей:	_____ тенге.
Количество прикрепленного населения	_____ человек,
в том числе сельское население	_____ человек*.
Базовый комплексный подушевой норматив АПП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН", в месяц	_____ тенге.
Базовый комплексный подушевой норматив АПП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН", в месяц (село)	_____ тенге*.
Половозрастной поправочный коэффициент	_____.
Коэффициент плотности населения	_____.
Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности	_____.
Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона	_____.
Сумма за работу в зонах экологического бедствия на 1-го жителя в месяц:	_____ тенге.
Комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН", в месяц:	_____ тенге, в том числе :
гарантированный компонент комплексного подушевого норматива АПП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН" к субъекту ПМСП, в месяц	_____ тенге;
сумма СКПН на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН" к субъекту ПМСП, в месяц	_____ тенге.
Комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи сельскому населению на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН", в месяц:	_____ тенге* , в том числе :
гарантированный компонент комплексного подушевого норматива АПП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН" к субъекту ПМСП, в месяц (село)	_____ тенге*;
сумма СКПН на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН" к субъекту ПМСП, в месяц	_____ тенге.
Количество школьников	_____ человек.
Подушевой норматив на 1 школьника в месяц	_____ тенге.

№	п/ Наименование	Предъявлено к оплате		Принято к оплате	
				численность населения/	

		численность населения / кол-во услуг	сумма , тенге	кол-во услуг	сумма , тенге
1	Всего на оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению				
1.1	на оказание амбулаторно-поликлинической помощи				
1.2	на стимулирование работников организации, оказывающей первичной медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки				
1.3	на оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи				
1.4	за медицинское обслуживание школьников в организациях образования				

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

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

Лизинговые платежи

Наименование	Количество услуг	Предъявленная сумма	Количество услуг к	Сумма лизингового	Количество услуг	Принято к оплате сумма

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

Иные выплаты/вычеты

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

Всего принято к оплате: _____ тенге, в том числе:
сумма на возмещение лизинговых платежей: _____ тенге;
удержанная сумма: _____ тенге, из них:
по результатам контроля качества и объема: _____ тенге;
Сумма по решению комиссии снятая: _____ тенге / принятая: _____

_____ т е н г е , в _____ ч и с л е :
т о м _____

выплаты: _____ тенге,
вычеты: _____ тенге.

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса: _____ тенге;
Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит к удержанию в
с л е д у ю щ и й _____ п е р и о д :
_____ т е н г е ;

Итого начислено к перечислению: _____ тенге;
в том числе возмещение лизинговых платежей: _____ тенге.

Заказчик: _____ (наименование заказчика)	Поставщик: _____ (наименование медицинской организации)
Адрес: _____	Адрес: _____
БИН: _____	БИН: _____
ИИН: _____	ИИН: _____
БИК: _____	БИК: _____
_____ бенефициара)	Наименование банка: _____
Код: _____	_____
КБЕ: _____	КБЕ: _____
Руководитель: _____ / _____	Руководитель: _____ / _____
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) /подпись)	(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) / под п и с ь)
(для акта на бумажном носителе)	(для акта на бумажном носителе)
Место печати (для акта на бумажном носителе)	Место печати (при наличии/для акта на бумажном носителе)

Приложение 7
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 5
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

**Лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях
финансового**

лизинга

период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

№ п/п	Код медицинского оборудования	Наименование медицинского оборудования	Полный код услуги	Наименование услуги	Количество услуг

Приложение 8
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 6
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

**Информация о структуре доходов при оказании
амбулаторно-поликлинической
помощи субъектом здравоохранения, оказывающим первичную
медико-санитарную**

помощь

период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

(наименование субъекта здравоохранения)

Наименование услуги	Источники дохода, тыс.тенге	
	В том числе бюджетные средства	

№ п/п		Всего	за счет средств республиканского бюджета в виде ЦТТ*	за счет средств местного бюджета
А	Б	1	2	3
1	Доход за отчетный период, всего			
	в том числе:			
1.1	Оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках ГОБМП			
	в т.ч. на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП**			
1.2	Оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках ГОБМП по договору субподряда			
1.3	Проведение скрининговых исследований целевым группам населения			
	другие услуги (указать)			

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

/

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

/

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

Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата " _____ " _____ 20 ____ года

П р и м е ч а н и е :

*ЦТТ – целевой текущий трансферт;

** ПМСП - первичная медико-санитарная помощь.

Приложение 9
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874

Приложение 7
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

**Информация о структуре расходов при оказании
амбулаторно-поликлинической
помощи субъектом здравоохранения, оказывающим первичную**

медико-санитарную

ПОМОЩЬ

период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

(наименование субъекта здравоохранения)

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

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

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

/

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

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

Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата " ____ " _____ 20__ года

Приложение 10
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 8
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

**Информация о дифференцированной оплате труда работников
период: с " ____ " _____ 20__ года по " ____ " _____ 20__ года**

(наименование субъекта здравоохранения)

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

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата " ____ " _____ 20__ года

Приложение 11
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 9
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

**Информация о повышении квалификации и переподготовке кадров
период: с " ____ " _____ 20__ года по " ____ " _____ 20__ года**

(наименование субъекта здравоохранения)

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

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

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

Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата " ____ " _____ 20__ года

Приложение 12
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 10
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

**Информация о распределении плановой суммы аванса на оказание
медицинских услуг**

по договору № _____ от " ____ " _____ 20__ года

(наименование субъекта здравоохранения)

(наименование бюджетной программы в соответствии с единой
бюджетной
классификацией)

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

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика)

/

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика)

/

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

Приложение 13
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874

Приложение 13
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

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

период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

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

Всего обоснованных жалоб за отчетный период: _____ случаев
Руководитель ТД ККМФД _____ / _____

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

(для отчета на бумажном носителе)

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

Дата "___" _____ 20__ года

Приложение 14
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 14
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

Отчет
по случаям материнской смертности на уровне первичной
медико-санитарной помощи
по области / городу Республиканского значения _____

период: с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года

№ п/п	Данные субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП			Данные физического лица, прикрепленного к субъекту здравоохранения, оказывающему ПМСП						Диагноз по МКБ-10 (с указанием причины смерти)
	Наименование субъекта	Наименование участка	Ф.И.О. и должность врача	ИИН	Ф.И.О.	Дата рождения (чч.мм.гг.)	Адрес проживания	Место "Д" наблюдения	Место смерти	
А	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
...										

П р и м е ч а н и е :

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

Всего случаев материнской смертности за отчетный период: _____

случаев, _____ и 3
н их :

предотвратимые на уровне ПМСП (участвуют в расчете суммы СКПН): _____

— — — — —
случаев ;

не предотвратимые на уровне ПМСП (не участвуют в расчете суммы СКПН):
_____ случаев ;

экспертиза не завершена: (не участвуют в расчете суммы СКПН): _____

с л у ч а е в

Руководитель ТД ККМФД _____ / _____

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

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

Дата " ____ " _____ 20 ____ года

Приложение 15
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 15
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

Отчет

по случаям детской (от 7 дней до 5 лет) смертности на уровне
первичной медико-

санитарной помощи

по области / городу республиканского значения _____

_____ период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____
года

№ п/п	Данные субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП			Данные физического лица, прикрепленного к субъекту здравоохранения, оказывающему ПМСП						
	Наименование субъекта	Наименование участка	Ф.И.О. и должность врача	ИИН	Ф.И.О.	Дата рождения (чч.мм.гг.)	Адрес проживания	Место "Д" наблюдения	Место смерти	Диагноз по МКБ 10 (с указанием причины смерти)
А	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										

Всего случаев детской смертности за отчетный период: _____

с л у ч а е в , _____ и з _____ н и х :

предотвратимые на уровне ПМСП (участвуют в расчете суммы СКПН): _____

_____ с л у ч а е в ;

не предотвратимые на уровне ПМСП (не участвуют в расчете суммы СКПН): _____

случаев;

экспертиза не завершена: (не участвуют в расчете суммы СКПН): _____
случаев.

Руководитель ТД ККМФД _____ / _____

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
Место печати (для отчета на бумажном носителе)
Дата " ____ " _____ 20 ____ года

Примечание:

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

Приложение 16
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 18
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

СЧЕТ-РЕЕСТР

**за оказанные консультативно-диагностические услуги в рамках
гарантированного
объема бесплатной медицинской помощи за счет средств
республиканского бюджета в**

виде целевых текущих трансфертов и средств местного бюджета

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

№ п/п	Наименование	Количество услуг	Предъявлено к оплате (тенге)
1	2	3	4
1.	Всего за оказание консультативно диагностической медицинской помощи, в том числе:		
1.1.	за счет целевых текущих трансфертов из республиканского бюджета		
1.2.	за счет средств местного бюджета		

2.	Сумма лизингового платежа		
Итого к оплате			

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата " _____ " _____ 20__ года

К данному счет-реестру прилагаются следующие приложения:
 реестр оказанных населению консультативно-диагностических услуг;
 реестр оказанных консультативно-диагностических услуг с использованием
 медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга.

Таблица 1
 к счет-реестру за оказанные
 консультативно-
 диагностические услуги в
 рамках гарантированного
 объема бесплатной
 медицинской помощи за счет
 средств местного бюджета,
 включая целевые текущие
 трансферты
 Форма

**Реестр оказанных населению консультативно-диагностических
услуг**

период: с " _____ " _____ 20__ года по " _____ " _____ 20__ года

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

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
(для счета-реестра на бумажном носителе)
Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе)
Дата " ____ " _____ 20__ года

Таблица 2
к счет-реестру за оказанные
консультативно-
диагностические услуги в
рамках гарантированного
объема бесплатной
медицинской помощи за счет
средств местного бюджета,
включая целевые текущие
трансферты
Форма

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

период: с " ____ " _____ 20__ года по " ____ " _____ 20__ года

К о д медицинского оборудования	Наименование медицинского оборудования	Полный к о д услуги	Наименование услуги	Лизинговый платеж на 1 услугу, тенге	Количество услуг	Сумма лизингового платежа к оплате, тенге
1	2	3	4	5	6	7
ИТОГО						

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата " ____ " _____ 20__ года

Приложение 17
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 19

Протокол
исполнения договора на оказание гарантированного объема бесплатной
медицинской
помощи за счет средств республиканского бюджета в виде целевых
текущих
трансфертов и средств местного бюджета

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года
период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года
по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

№ п/п	Наименование	Количество услуг	Предъявлено к оплате, тенге	Снято с оплаты*, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4	5	6
1.	Всего за оказание консультативно - диагностической медицинской помощи, в том числе:				
1.1.	за счет целевых текущих трансфертов из республиканского бюджета				
1.2.	за счет средств местного бюджета				

Лизинговые платежи

Наименование	Предъявлено к оплате		Снято с оплаты		Принято к оплате	
	Количество услуг	Сумма лизингового платежа, тенге	Количество услуг	Сумма лизингового платежа, тенге	Количество услуг	Сумма лизингового платежа, тенге
Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга						

Иные выплаты/вычеты

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

Всего предъявлено к оплате _____ тенге

Всего принято к оплате _____ тенге

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

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

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

Ознакомлен: _____ / _____
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Место печати (для протокола на бумажном носителе)

Дата " _____ " _____ 20 ____ года.

К данному протоколу прилагается акт контроля качества и объема медицинской помощи.

П р и м е ч а н и е :

*снято с оплаты, в том числе частично, за отчетный и предыдущие периоды по результатам выборочных, внеплановых проверок и иных форм контроля ТД ККМФД.

Приложение 18
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 20
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

**Акт выполненных работ (услуг),
оказанных в рамках гарантированного объема бесплатной
медицинской
помощи за счет средств республиканского бюджета в виде целевых
текущих
трансфертов и средств местного бюджета
№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года**

период с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____
года

по Договору № ____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Общая сумма по Договору _____ тенге

Общая сумма выплаченного аванса _____ тенге

Общая сумма оплаченных (оказанных) услуг _____ тенге

Общая сумма лизинговых платежей на текущий год согласно
Договору _____ тенге

№ п/п	Наименование работ (услуг)	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге
1.	Всего за оказание консультативно - диагностической медицинской помощи, в том числе:	2	3
1.1.	за счет трансфертов из республиканского бюджета		
1.2.	за счет местного бюджета		

Лизинговые платежи

Наименование	Предъявлено к оплате		Снято с оплаты		Принято к оплате	
	Количество услуг	Сумма лизингового платежа, тенге	Количество услуг	Сумма лизингового платежа, тенге	Количество услуг	Сумма лизингового платежа, тенге
Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга						

Иные выплаты/вычеты

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

Всего принято к оплате: _____ тенге

в том числе возмещение лизинговых платежей _____ тенге

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса _____ тенге

Сумма к удержанию лизинговых платежей _____ тенге

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

Итого к перечислению _____ тенге

в том числе возмещение лизинговых платежей _____ тенге

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для акта на бумажном носителе) Место печати (для акта на бумажном носителе)	(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для акта на бумажном носителе) Место печати (при наличии/ для акта на бумажном носителе)
---	--

Приложение 19
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874

Приложение 26
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

СЧЕТ-РЕЕСТР

**за оказание услуг скорой медицинской помощи в рамках
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет
средств
республиканского бюджета в виде целевых текущих трансфертов и
средств местного**

бюджета

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года
период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года
по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Стоимость одного вызова _____ тенге

№ п/п	Наименование	Количество вызовов	Предъявлено к оплате, тенге
1	2	3	4
1.	Всего за оказание скорой медицинской помощи, в том числе:		
1.1.	за счет целевых текущих трансфертов из республиканского бюджета		
1.2.	за счет средств местного бюджета		

Итого к оплате: _____ тенге

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)
Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)
Место печати (при наличии/ для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата "_____"_____20__ года

К данному счет-реестру прилагается реестр оказанных услуг скорой медицинской помощи.

Таблица 1
к счет-реестру за оказание услуг
скорой медицинской помощи в
рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи за счет средств
местного бюджета
Форма

Реестр оказанных услуг скорой медицинской помощи
период: с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года

№ п/п	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге
А	1	2	3	4
1	Всего за оказание скорой медицинской помощи, в том числе:			
1.1.	за счет целевых текущих трансфертов из республиканского бюджета			
1.2	за счет средств местного бюджета			
	ИТОГО			

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)
Место печати (при наличии)/для счета-реестра на бумажном носителе)
Дата " ____ " _____ 20__ года

Приложение 20
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 27
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

Протокол
исполнения договора на оказание услуг скорой медицинской помощи
в рамках
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет
средств
республиканского бюджета в виде целевых текущих трансфертов и
средств местного
бюджета

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

Наименование субъекта здравоохранения: _____
Наименование бюджетной программы: _____
Наименование бюджетной подпрограммы: _____

№ п /п	Наименование	Количество вызовов	Предъявлено к оплате, тенге	Снято с оплаты*, тенге	Принято к оплате, тенге
1		2	3	4	5
1	Всего за оказание скорой медицинской помощи, в том числе:				
1.1.	за счет целевых текущих трансфертов из республиканского бюджета				
1.2	за счет средств местного бюджета				

П р и м е ч а н и е :

*снято с оплаты, в том числе частично, за отчетный и предыдущие периоды
п о результатам выборочных, внеплановых проверок и иных форм контроля ТД

К К М Ф Д .

А к т

контроля качества и объема медицинской помощи прилагается.

Иные выплаты/вычеты:

Основание	Согласно решению комиссии	
	Выплаты, сумма тенге	Вычеты, сумма тенге
за счет целевых текущих трансфертов из республиканского бюджета		
за счет средств местного бюджета		
ИТОГО		

Всего предъявлено к оплате _____ тенге

Всего принято к оплате _____ тенге

Председатель: _____ / _____

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

(для протокола на бумажном носителе)

Члены комиссии: _____ / _____

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

(для протокола на бумажном носителе)

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

(для протокола на бумажном носителе)

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

(для протокола на бумажном носителе)

Ознакомлен: _____ / _____

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

Место печати (для протокола на бумажном носителе)

Дата " _____ " _____ 20 ____ года.

Приложение 21
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874

Приложение 29
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

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

**оплата которых
осуществляется за счет средств республиканского бюджета в виде
целевых текущих**

трансфертов и средств местного бюджета

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____

год

по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Общая сумма по Договору _____ тенге

Общая сумма выплаченного аванса _____ тенге

Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг) _____

тенге

Наименование работ(услуг)	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3
Всего за оказание скорой медицинской помощи, в том числе:		
за счет целевых текущих трансфертов из республиканского бюджета		
за счет средств местного бюджета		

Иные выплаты/вычеты

Основание	Согласно решению комиссии	
	Выплаты, сумма тенге	Вычеты, сумма тенге
за счет средств республиканского бюджета в виде ЦТТ		
за счет средств местного бюджета		
ИТОГО		

Всего принято к оплате: _____ тенге.

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса _____ тенге.

Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит удержанию в следующий
п е р и о д

_____ тенге.

Итого к перечислению: _____ тенге.

Заказчик _____ (наименование) Руководитель _____ / _____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для акта	Поставщик _____ (наименование) Руководитель _____ / _____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для акта
---	--

1.1.1	услуги по профилю:					
1.1.2	услуги по Перечню № 1:					
1.1.3	услуги по Перечню № 3 с применением ВТМУ:					
1.2	в с е г о стационарозамещающая помощь, в том числе:					
1.2.1	дневной стационар по профилю:					
1.2.2	услуги по Перечню № 2:					
1.2.3	услуги по Перечню № 4 с применением ВТМУ:					
1.2.4	стационар на дому					

Тип оплаты: по фактическим затратам

№ п /п	Наименование	Номер группы	К о д диагноза/ операции	Коэффициент затратоемкости по КЗГ	Количество пролеченных больных/ сеансов	Предъявлено к оплате, тенге
1	2	3	4	5	6	7
1	Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе:					
1.1	всего стационарная помощь, в том числе:					
1.1.1	услуги по профилю:					
1.1.2	услуги по Перечню № 1:					
1.1.3	услуги по Перечню № 3 с применением ВТМУ:					
1.2	всего стационарозамещающая помощь, в том числе:					
1.2.1	дневной стационар по профилю:					
1.2.2	услуги по Перечню № 2:					
1.2.3	услуги по Перечню № 4 с применением ВТМУ:					

Тип оплаты: за один пролеченный случай по расчетной средней стоимости /
п о к о й к о - д н я м
Стоимость за пролеченный случай по расчетной средней стоимости: _____
_ _ _ т е н г е

Стоимость 1 койко-дня: _____ тенге

№ п/п	Наименование	Количество пролеченных случаев	Количество койко-дней	Предъявлено к оплате, тенге
1	2	3	4	5
	ИТОГО			

Тип оплаты: по медико-экономическим тарифам (по блокам/схемам лечения)

№ п/п	Индивидуальный идентификационный номер пациента	Наименование курса лечения	Наименование блока /схемы лечения	Проведено койко-дней	Предъявлено к оплате, тенге
	ИТОГО				

Реабилитация для детей с онкологическими заболеваниями

№ п/п	Наименование тарифа	Количество пролеченных случаев	Количество койко-дней	Предъявлено к оплате, тенге
1	2	3	4	5
	ИТОГО			

Л и з и н г о в ы е п л а т е ж и

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Наименование	Количество пролеченных больных	Количество услуг	Сумма лизингового платежа к оплате, тенге
Всего с использованием медицинской техники по стационарной помощи, приобретенной на условиях финансового лизинга:			
Медицинское оборудование:			
Всего с использованием медицинской техники по стационаророзамещающей помощи, приобретенной на условиях финансового лизинга:			
Медицинское оборудование:			
ИТОГО			

Итого к оплате: _____ тенге

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (при наличии/ для счета-реестра на бумажном носителе, при наличии)

Дата " _____ " _____ 20__ года

Перечень гематологических болезней у детей и взрослых по МКБ-10 к которым не применяется Линейная шкала

№ п/п	Код МКБ-10	Наименование гематологических болезней
1	2	3
1	C81.0	Болезнь Ходжкина - лимфоидное преобладание
2	C81.1	Болезнь Ходжкина - нодулярный склероз
3	C81.2	Болезнь Ходжкина - смешанно-клеточный вариант
4	C81.3	Болезнь Ходжкина - лимфоидное истощение
5	C81.7	Другие формы болезни Ходжкина
6	C81.9	Болезнь Ходжкина неуточненная
7	C82.0	Фолликулярная неходжкинская лимфома мелкоклеточная с расщепленными ядрами
8	C82.1	Фолликулярная неходжкинская лимфома смешанная мелкоклеточная с расщепленными ядрами и крупноклеточная
9	C82.2	Фолликулярная неходжкинская лимфома крупноклеточная
10	C82.7	Другие типы фолликулярной неходжкинской лимфомы
11	C82.9	Фолликулярная неходжкинская лимфома неуточненная
12	C83.0	Мелкоклеточная (диффузная) неходжкинская лимфома
13	C83.1	Мелкоклеточная с расщепленными ядрами (диффузная) неходжкинская лимфома
14	C83.2	Смешанная мелко- и крупноклеточная (диффузная) неходжкинская лимфома;
15	C83.3	Крупноклеточная (диффузная) неходжкинская лимфома
16	C83.4	Иммунобластная (диффузная) неходжкинская лимфома
17	C83.5	Лимфобластная (диффузная) неходжкинская лимфома
18	C83.6	Недифференцированная (диффузная) неходжкинская лимфома
19	C83.7	Опухоль Беркитта
20	C83.8	Другие типы диффузных неходжкинских лимфом
21	C83.9	Диффузная неходжкинская лимфома неуточненная
22	C84.0	Грибовидный микоз
23	C84.1	Болезнь Сезари
24	C84.2	Лимфома Т-зоны
25	C84.4	Периферическая Т-клеточная лимфома
26	C84.5	Другие и неуточненные Т-клеточные лимфомы
27	C85.0	Лимфосаркома
28	C85.1	В-клеточная лимфома неуточненная
29	C85.7	Другие уточненные типы неходжкинской лимфомы
30	C88.0	Макроглобулинемия Вальденстрема
31	C88.7	Другие злокачественные иммунопролиферативные болезни
32	C90.0	Множественная миелома

33	C90.1	Плазмоклеточный лейкоз
34	C90.2	Плазмацитома экстрамедуллярная
35	C91.0	Острый лимфобластный лейкоз
36	C91.1	Хронический лимфоцитарный лейкоз
37	C91.3	Пролимфоцитарный лейкоз
38	C91.4	Волосатоклеточный лейкоз
39	C91.5	T-клеточный лейкоз взрослых
40	C91.7	Другой уточненный лимфоидный лейкоз
41	C92.0	Острый миелоидный лейкоз
42	C92.1	Хронический миелоидный лейкоз
43	C92.3	Миелоидная саркома
44	C92.4	Острый промиелоцитарный лейкоз
45	C92.5	Острый миеломоноцитарный лейкоз
46	C92.7	Другой миелоидный лейкоз
47	C93.0	Моноцитарный лейкоз
48	C94.0	Острая эритремия и эритролейкоз
49	C94.1	Хроническая эритремия
50	C94.2	Острый мегакариобластный лейкоз
51	C95.1	Хронический лейкоз неуточненного клеточного типа
52	D45	Полицитемия истинная
53	D46.0	Миелодиспластические синдромы, рефрактерная анемия без сидеробластов, так обозначенная
54	D46.1	Миелодиспластические синдромы, рефрактерная анемия с сидеробластами
55	D46.2	Миелодиспластические синдромы, рефрактерная анемия с избытком бластов
56	D46.3	Миелодиспластические синдромы, рефрактерная анемия с избытком бластов с трансформацией
57	D46.4	Миелодиспластические синдромы, рефрактерная анемия неуточненная
58	D46.7	Другие миелодиспластические синдромы
59	D46.9	Миелодиспластический синдром неуточненный
60	D47.1	Хроническая миелопролиферативная болезнь
61	D47.3	Эссенциальная тромбоцитемия
62	D59.5	Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы-Микели)
63	D60.0	Приобретенная чистая красноклеточная аплазия (эритробластопения)
64	D61.0	Конституциональная апластическая анемия
65	D61.3	Идиопатическая апластическая анемия
66	D61.8	Другие уточненные апластические анемии
67	D64.4	Врожденная дизэритропоэтическая анемия
68	D76.0	Гистиоцитоз из клеток Лангерганса, не классифицированный в других рубриках
69	C96.1	Злокачественный гистиоцитоз
70	C95.0	Острый лейкоз неуточненного клеточного типа
71	D80.8	Другие иммунодефициты с преимущественной недостаточностью антител
72	D81.1	Тяжелый комбинированный иммунодефицит с низким содержанием T- и B-клеток

73	D84.9	Иммунодефицит неуточненный
74	D70	Агранулоцитоз
75	D69.3	Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура

Приложение 24
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 32-2
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств

Перечень медицинских услуг к которым не применяется Линейная шкала

№ п/п	Код	Название видов
1	00.0990	Ультразвуковая абляция
2	00.62.	Черескожная ангиопластика или атерэктомия интракраниальных сосудов
3	00.64.	Черескожная установка других стентов для экстракраниальных артерий
4	01.32.	Лоботомия и пересечение проводящих путей
5	04.21.	Почечная денервация при резистентной артериальной гипертензии
6	04.41.	Декомпрессия корешка тройничного нерва
7	04.42.	Декомпрессия другого черепномозгового нерва
8	07.53.	Частичное иссечение шишковидного тела
9	07.54.	Полное иссечение шишковидного тела
10	07.61.	Частичное рассечение гипофиза через трансфронтальный доступ
11	07.64.	Полное иссечение гипофиза через трансфронтальный доступ
12	16.42.	Энуклеация глазного яблока с синхронным введением другого имплантата
13	21.3214	Удаление опухоли полости носа и придаточных пазух с пластикой
14	29.33.	Частичная резекция глотки
15	30.1.	Гемиларингэктомия
16	30.2213	Установка голосового протеза после ларингэктомии
17	30.3.	Полная ларингэктомия
18	34.3010	Удаление опухоли средостения с шунтированием сосудов
19	35.01.	Закрытая сердечная вальвулотомия, аортальный клапан
20	35.02.	Закрытая сердечная вальвулотомия, митральный клапан
21	35.03.	Закрытая сердечная вальвулотомия, клапан легочного ствола
22	35.04.	Закрытая сердечная вальвулотомия, трехстворчатый клапан
23	35.42.	Создание дефекта перегородки сердца
24	35.50.	Устранение неуточненного дефекта перегородки сердца путем протезирования

25	35.54.	Устранение дефекта формирования перегородки атриовентрикулярного канала путем протезирования
26	37.61.	Имплантация пульсационного баллона
27	37.86.	Замена электрокардиостимулятора любого типа однокамерным устройством, с уточненной частотой сокращений
28	37.98.	Замена только генератора импульсов автоматического кардиовертера/дефибриллятора автоматического
29	38.11.	Эндартериозэктомия интракраниальных сосудов
30	38.31.	Резекция интракраниальных сосудов с анастомозом
31	38.32.	Резекция других сосудов головы и шеи с анастомозом
32	38.41.	Резекция интракраниальных сосудов с замещением
33	39.561.	Восстановление с помощью трансплантата ткани кровеносного сосуда головного мозга
34	39.571.	Восстановление кровеносного сосуда головного мозга с помощью имплантата синтетического лоскута
35	39.764.	Стентирование почечных, подвздошных, бедренных артерий
36	39.7946	Эндоваскулярная химиоэмболизация опухолей печени, поджелудочной железы, матки
37	39.7949	Химиоэмболизация печеночных артерий при гепатоцеллюлярной карциноме
38	41.11.	Трансплантация медиаторов фетальных клеток
39	41.94.	Трансплантация селезенки
40	42.53.	Интраторакальный анастомоз пищевода с интерпозицией тонкой кишки
41	44.95.	Лапароскопическая рестриктивная процедура на желудке
42	50.51.	Вспомогательная трансплантация печени
43	51.87.	Эндоскопическое введение стента (трубки) в желчный проток
44	52.01.	Дренаж кисты поджелудочной железы при помощи катетера
45	52.3.	Марсупиализация кисты поджелудочной железы
46	52.4.	Внутренний дренаж кисты поджелудочной железы
47	55.0169	Ретроперитонеальная диссекция (лапароскопическая резекция) стенки кисты почки
48	55.7002	Нефропексия (лапароскопическая, ретроперитонеальная)
49	56.8910	Замещение мочеточника сегментом тонкой кишки
50	60.0019	Радикальная брюшинная простатэктомия
51	60.2020	Биполярная трансуретральная резекция доброкачественной гиперплазии предстательной железы
52	60.3122	Позадилонная или чреспузырная аденомэктомия у больных с осложненным течением доброкачественной гиперплазии предстательной железы
53	60.5015	Радикальная нервосберегающая простатэктомия
54	63.0019	Хирургические вмешательства при инфравезикальной обструкции
55	68.51.	Лапароскопическая вагинальная гистерэктомия

56	69.925.	Незавершенное экстракорпоральное оплодотворение на этапе индукции
57	76.3914	Удаление опухолей костей лицевого черепа с пластикой дефекта
58	76.6413	Протезирование нижней челюсти
59	78.03.	Трансплантация лучевой и локтевой костей
60	78.05.	Трансплантация бедренной кости
61	78.07.	Трансплантация большеберцовой и малоберцовой костей
62	78.19.	Применение внешнего фиксирующего устройства на прочие кости при заболеваниях, требующих этапной коррекции
63	79.112.	Закрытая репозиция костных отломков плечевой кости с внутренней фиксацией блокирующим экстрамедулярным имплантом
64	79.121.	Закрытая репозиция костных отломков лучевой и локтевой кости с внутренней фиксацией блокирующим интрамедулярным имплантом
65	79.122.	Закрытая репозиция костных отломков лучевой и локтевой кости с внутренней фиксацией блокирующим экстрамедулярным имплантом
66	79.152.	Закрытая репозиция костных отломков бедренной кости с внутренней фиксацией блокирующим экстрамедулярным имплантом
67	79.162.	Закрытая репозиция костных отломков большеберцовой и малоберцовой кости с внутренней фиксацией блокирующим экстрамедулярным имплантом
68	80.207.	Артроскопическая холодноплазменная коблация структур сустава
69	80.208.	Артроскопическая криодеструкция синовиальной оболочки сустава
70	80.209.	Артроскопическая вапоризация капсульно-связочных структур сустава
71	80.217.	Артроскопическая холодноплазменная коблация структур плечевого сустава
72	80.218.	Артроскопическая криодеструкция синовиальной оболочки плечевого сустава
73	80.227.	Артроскопическая холодноплазменная коблация структур локтевого сустава
74	80.228.	Артроскопическая криодеструкция синовиальной оболочки локтевого сустава
75	80.229.	Артроскопическая вапоризация капсульно-связочных структур локтевого сустава
76	80.264.	Артроскопическое восстановление связок коленного сустава
77	80.268.	Артроскопическая криодеструкция синовиальной оболочки коленного сустава
78	80.277.	Артроскопическая холодноплазменная коблация структур голеностопного сустава
79	80.278.	Артроскопическая криодеструкция синовиальной оболочки голеностопного сустава
80	81.04.	Спондиллодез грудного и поясничного позвонков, передний доступ
81	81.07.	Поясничный и пояснично-крестцовый спондиллодез заднего столба, задний доступ
82	81.516.	Полная замена тазобедренного сустава при гемофилии
83	81.526.	Частичная замена тазобедренного сустава при гемофилии
84	81.591.	Ревизионное эндопротезирование с применением цементного спейсера с антибиотиком при гнойных осложнениях после эндопротезирования крупных суставов
85	84.22.	Реимплантация пальца руки
86	84.23.	Реимплантация предплечья, запястья или кисти
87	84.24.	Реимплантация плеча
88	84.25.	Реимплантация пальца ноги
89	84.26.	Реимплантация стопы
90	84.28.	Реимплантация бедра

91	84.63.	Имплантирование протеза межпозвонкового диска на грудном уровне
92	84.66.	Ревизия и переустановка искусственного протеза межпозвонкового диска на шейном уровне
93	84.67.	Ревизия и переустановка искусственного протеза межпозвонкового диска на грудном уровне
94	84.68.	Ревизия и переустановка искусственного протеза межпозвонкового диска на пояснично-крестцовом уровне
95	85.4514	Радикальная мастэктомия с одномоментной реконструкцией
96	92.242.	Интенсивно-модулированная лучевая терапия (IMRT) злокачественных новообразований висцеральных органов грудной клетки, брюшной полости, малого таза и лимфом
97	92.243.	ЛТМИ - лучевая терапия с модуляцией (изменением) интенсивности (флюенса) внутри пучка во время облучения при раке молочной железы
98	92.244.	ЛТМИ - лучевая терапия с модуляцией (изменением) интенсивности (флюенса) внутри пучка во время облучения органов головы и шеи
99	92.245.	Интенсивно-модулированная лучевая терапия (IMRT) при раке женских гениталий

Приложение 25
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 33
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств

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

№	№ кода	Наименование	Единица измерения	Подлежит снятию % от стоимости случая
1	2	3	4	5
1	1.1	Случаи госпитализации без медицинских показаний	1 пролеченный случай	100%
2	1.2	Случаи некорректного ввода данных пациента в ЭРСБ	1 пролеченный случай	10%
3	1.3	Случаи завышения уровня весового коэффициента КЗГ	1 пролеченный случай	50%
4	1.4	Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания)	1 пролеченный случай	100%

5	1.5	Не подтвержденные случаи оказания медицинской помощи в рамках ГОБМП	1 пролеченный случай	100%
6	1.6	Случаи необоснованного отклонения лечебно – диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения	1 пролеченный случай	30%
7	1.7	Случаи с неподтвержденными медицинскими услугами, медикаментами, изделиями медицинского назначения	1 пролеченный случай	100%
8	1.8	Случаи ВТМУ и по перечню медицинских услуг к которым не применяется Линейная шкала (приложение 32-2), не включенные в договор	1 пролеченный случай	100%
9	2.1*	Обоснованные жалобы на качество оказанных медицинских услуг		
10	2.1.1	Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения	1 пролеченный случай	100%
11	2.1.2	Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения		100%
12	2.1.3	Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП		100%
13	2.1.4	Нарушение этики медицинскими работниками		100%
14	2.2	Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП	1 пролеченный случай	На сумму затрат, подтвержденных документально
15	2.3	Случаи летальных исходов (предотвратимые)	1 случай летальности	100%
16	2.4* *	Случаи осложнений, возникших в результате лечения		
17	2.4.1	Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения	1 пролеченный случай	30%
18	2.4.2	Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения		30%
19	2.5	Случаи с исходом заболевания "ухудшение"		
20	2.5.1	Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения	1 пролеченный случай	30%
21	2.5.2	Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения		30%
22	2.6	Случаи с исходом заболевания "без перемен"		
23	2.6.1	Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения	1 пролеченный случай	20%
24	2.6.2	Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения		20%
25	2.7	Случаи расхождения клинического и морфологического диагнозов	1 случай расхождения	50%

П р и м е ч а н и е :

* - снятие в сумме не должно превышать 100%;

** - не учитываются осложнения, имевшиеся на момент поступления в

с т а ц и о н а р ;

КЗГ – клинико-затратная группа;
Г ОБМП – гарантированный объем бесплатной медицинской помощи.

Приложение 26
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874

Приложение 34
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

**Перечень случаев госпитализации за отчетный период, подлежащих
оплате***

период: с "___" _____ 20___ года по "___" _____ 20___
года

(наименование субъекта здравоохранения)

Тип оплаты: по клинико-затратным группам

№ п/ п	ИИН	№ медицинской карты	Д а т а госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		№ КЗГ	Количество базовых ставок	Количе случаев
					Код МК Б- 10	Наименование	Код	Наименование			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Случаи СМП											
						1					X
Итого по СМП											
Случаи ВТМУ КС											
											X
Итого по ВТМУ КС											
Случаи СЗГ											
											X
Итого по СЗГ											
Случаи ВТМУ ДС											
Итого по ВТМУ ДС											
Итого по стационарной помощи											

Итого по ВТМУ ДС		
Итого по стационарной помощи		
ИТОГО		

П р и м е ч а н и е :

* включаются случаи подлежащие оплате после результатов контроля объема и качества. В перечне указываются соответствующие типы оплат, по которым медицинская организация РБ финансируется.

Приложение 27
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 35
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

Перечень случаев госпитализации за отчетный период, подлежащих контролю объема*

период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

(наименование субъекта здравоохранения)

Тип оплаты: по клинико-затратным группам

№ п/п	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		№ КЗГ	Код по перечню*					
					Код МКБ-10	Наименование	Код	Наименование		1.1	1.2	1.3	1.4	1.6	1
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1
Случаи СМП															
Итого по СМП															
Случаи ВТМУ КС															
Итого по ВТМУ КС															
Случаи СЗТ															

Итого по ВТМУ КС															
Случаи СЗТ															
Итого по СЗТ															
Случаи ВТМУ ДС															
Итого по ВТМУ ДС															
Итого по стационарной помощи															
ИТОГО															

П р и м е ч а н и е :

* - случаи, содержащие потенциальные дефекты качества не включаются в
д а н н ы й
перечень столбцы "Код по перечню*" маркируются знаком "X" при
с о о т в е т с т в у ю щ е м к о д е
Перечня, в строке "итого" граф "Код по перечню*" указываются сумма случаев с
" X " ;

в Перечне указываются соответствующие типы оплат, по которым
м е д и ц и н с к а я
организация Р Б финансируется.
Руководитель ТД КОМУ _____

_____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
Место печати (для отчета на бумажном носителе)
Дата " ____ " _____ 20 ____ года

Приложение 28
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 36
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

Перечень случаев, подлежащих контролю качества
период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____
года

(наименование субъекта здравоохранения)

№ п/п	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	№ кзг	Количество базовых ставок	МКБ-10)	1.1	1.2	1.3	1.4	1.6	1.8	2.4	2.5	2.6	2.7		
								9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		19
Случаи СМП																			
																			X
Итого по СМП																			
Случаи ВТМУ КС																			
																			X
Итого по ВТМУ КС																			
Случаи СЗТ																			
																			X
Итого по СЗТ																			
Случаи ВТМУ ДС																			
Итого по ВТМУ ДС																			
Итого по стационарной помощи																			
ИТОГО																			

П р и м е ч а н и е :

включаются случаи с потенциальными дефектами качества, за исключением летальных случаев, столбцы "Код по перечню*" маркируются знаком "X" при соответствующем коде Перечня, в строке "итого" граф "Код по перечню*" у к а з ы в а ю т с я

сумма случаев "X". В Перечне указываются соответствующие типы оплат, по к о т о р ы м

медицинская организация РБ финансируется.

Руководитель ТД ККМФД _____ / _____

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

(для отчета на бумажном носителе)

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

Дата " ____ " _____ 20__ года

Приложение 29
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 37
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

Итого по СМП														
Случаи ВТМУ КС														
Итого по ВТМУ КС														
Случаи СЗТ														
Итого по СЗТ														
Случаи по ВТМУ ДС														
Итого по ВТМУ ДС														
Итого по стационарной помощи														
ИТОГО														
в том числе за отчетный период														

Тип оплаты: за один пролеченный случай, по койко-дням

№ п/п	ИИН	№ медицинской карт	Дата госпитализации	Дата смерти	Основной заключительный диагноз		Основная операция		№ кзг	Количество базовых ставок	Код по П			
					Код МКБ -10	Наименование	Код	Наименование			1.1	1.2	1	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	1	
Случаи СМП														
Итого по СМП														
Случаи ВТМУ КС														
Итого по ВТМУ КС														
Случаи СЗТ														
Итого по СЗТ														
Случаи по ВТМУ ДС														
Итого по ВТМУ ДС														
Итого по стационарной помощи														
ИТОГО														
в том числе за отчетный период														

П р и м е ч а н и е :

столбцы "Код по перечню*" маркируются знаком "X" при соответствующем
к о д е
Перечня, в строке "итого" граф "Код по перечню*" указываются сумма случаев с
" X " . В
Перечне указываются соответствующие типы оплат, по которым медицинская

о р г а н и з а ц и я

РБ финансируется

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

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

Дата " ____ " _____ 20__ года

Приложение 30
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 38
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

Перечень случаев госпитализации, прошедших оценку субъекта информатизации в сфере здравоохранения, подлежащих контролю качества и объема ТД ККМФД, за

**исключением случаев с летальными исходами
период: с " ____ " _____ 20__ года по " ____ " _____ 20__ года**

(наименование субъекта здравоохранения)

Тип оплаты: по клинико-затратным группам

№ п/п	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		№ КЗГ	Количество базовых ставок	Код Переч	
					Код МКБ -10	Наименование	Код	Наименование			2.4	2.5
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Случаи СМП												
Итого по СМП												
Случаи ВТМУ КС												
Итого по ВТМУ КС												

Случаи СЗТ

Итого по СЗТ													
Случаи ВТМУ ДС													
Итого по ВТМУ ДС													
Итого по стационарной помощи													
ИТОГО													

Тип оплаты: по фактическим затратам

№ п/п	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		№ КЗГ	Количество базовых ставок	Код Переч		
					Код МКБ -10	Наименование	Код	Наименование			2.4	2.5	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Случаи СМП													
Итого по СМП													
Случаи ВТМУ КС													
Итого по ВТМУ КС													
Случаи СЗТ													
Итого по СЗТ													
Случаи ВТМУ ДС													
Итого по ВТМУ ДС													
Итого по стационарной помощи													
ИТОГО													

Тип оплаты: за один пролеченный случай, по койко-дням

№ п/п	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		№ КЗГ	Количество базовых ставок	Код Переч		
					Код МКБ -10	Наименование	Код	Наименование			2.4	2.5	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Случаи СМП													
Итого по СМП													
Случаи ВТМУ КС													
Итого по ВТМУ КС													

Случаи СЗТ												
Итого по СЗТ												
Случаи ВТМУ ДС												
Итого по ВТМУ ДС												
Итого по стационарной помощи												
ИТОГО												

П р и м е ч а н и е :

включаются случаи с потенциальными дефектами качества, столбцы знаком "+" " " маркируются подтвержденные субъектом информатизации в сфере здравоохранения случаи, знаком "-" маркируются неподтвержденные субъектом информатизации в сфере здравоохранения случаи; в строке "итого" граф "Код по перечню*" указываются сумма случаев с "+"; в Перечне указываются соответствующие типы оплат, по которым медицинская организация РБ финансируется.

Должностное	лицо	ТФ	СИ	Руководитель	ТФ	СИ
/			/			
(Фамилия, имя, отчество (при наличии)/подпись)			(Фамилия, имя, отчество (при наличии)/подпись)			
(для отчета на бумажном носителе)			(для отчета на бумажном носителе)			

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

Дата " ____ " _____ 20__ года

Приложение 31
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 39
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

Перечень случаев госпитализации, прошедших оценку субъекта информатизации в

сфере здравоохранения, подлежащих контролю объема

период: с " ____ " _____ 20__ года по " ____ " _____ 20__ года

Итого по ВТМУ ДС		
Итого по стационарной помощи		
ИТОГО		

Тип оплаты: за один пролеченный случай, по койко-дням

№ п/п	№ ИИИ	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		№ КЗГ	Количество базовых ставок	Код по	
					Код МКБ -10	Наименование	Код	Наименование			1.1	1.2
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Случаи СМП												
Итого по СМП												
Случаи ВТМУ КС												
Итого по ВТМУ КС												
Случаи СЗТ												
Итого по СЗТ												
Случаи ВТМУ ДС												
Итого по ВТМУ ДС												
Итого по стационарной помощи												
ИТОГО												

П р и м е ч а н и е :

включаются случаи с дефектами объема по результатам 20 % выборки, столбцы "Код по перечню*" маркируются знаком "X" при соответствующем коде Перечня, в строке "итого" граф "Код по перечню*" указывается сумма случаев с "X"; в Перечне указываются соответствующие типы оплат, по которым медицинская организация РБ финансируется.

Руководитель	ТФ	СИ	Должностное	лицо	ТФ	СИ
_____/_____ (Фамилия, имя, отчество (при наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе)			_____/_____ (Фамилия, имя, отчество (при наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе)			

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

Дата " ____ " _____ 20__ года

Итого по ВТМУ ДС		
Итого по стационарной помощи		
ИТОГО		
Всего случаев по результатам контроля объема и качества всеми участниками**		

П р и м е ч а н и е :

*включаются случаи с потенциальными дефектами качества, маркировка с у б ъ е к т а информатизации, маркировка ТД ККМФД – знаком "+" маркируются п о д т в е р ж д е н н ы е случаи, знаком "-" маркируются неподтвержденные случаи; в строке "итого" у к а з ы в а е т с я сумма случаев со знаком "+";

** - указывается в итоговых строках акта контроля объема, сводного перечня и протокола исполнения договора; в Перечне указываются соответствующие типы оплат, по которым м е д и ц и н с к а я организация РБ финансируется.

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

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

Дата " _____ " _____ 20__ года

Приложение 33
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 41
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

Департамент Комитета оплаты медицинских услуг
Министерства здравоохранения Республики Казахстан

_____ (области, города Алматы или Астаны)

Перечень летальных случаев за отчетный период и предыдущий период, прошедших

контроль ТД ККМФД

период: с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года

(наименование субъекта здравоохранения)

Направляем результаты проверки на предмет контроля качества медицинских услуг за период с "___" _____ 20__ года по "___" 20__ года и предыдущие периоды.

Тип оплаты: по клинико-затратным группам

№ п/п	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата смерти	Основной заключительный диагноз		Основная операция		№ КЗГ	Количество базовых ставок	Код по 1	
					Код МКБ 10	Наименование	Код	Наименование			1.1	1.2
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Случаи СМП												
Итого по СМП:												
Случаи ВТМУ КС												
Итого по ВТМУ КС:												
Случаи СЗТ												
Итого по СЗТ:												
Случаи ВТМУ ДС												
Итого по ВТМУ ДС:												
Итого по стационарной помощи												
ИТОГО												
в том числе за отчетный период												
в том числе за прошедшие периоды												

Тип оплаты: по фактическим затратам

№ п/п	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата смерти	Основной заключительный диагноз		Основная операция		№ КЗГ	Количество базовых ставок	Код по 1	
					Код МКБ 10	Наименование	Код	Наименование			1.1	1.2
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Случаи СМП												
Итого по СМП:												

Случаи ВТМУ КС

Итого по ВТМУ КС:													
Случаи СЗТ													
Итого по СЗТ:													
Случаи ВТМУ ДС													
Итого по ВТМУ ДС:											X	X	
Итого по стационарной помощи													
ИТОГО													
в том числе за отчетный период													
в том числе за прошедшие периоды													

Тип оплаты: за один пролеченный случай, по койко-дням

№ п/п	№ ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата смерти	Основной заключительный диагноз		Основная операция		№ КЗГ	Количество базовых ставок	Код по 1		
					Код МКБ 10	Наименование	Код	Наименование			1.1	1.2	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Случаи СМП													
Итого по СМП:													
Случаи ВТМУ КС													
Итого по ВТМУ КС:													
Случаи СЗТ													
Итого по СЗТ:													
Случаи ВТМУ ДС													
Итого по ВТМУ ДС:											X	X	
Итого по стационарной помощи													
ИТОГО													
в том числе за отчетный период													
в том числе за прошедшие периоды													

П р и м е ч а н и е :

в столбце "Код по перечню*" знаком "+" маркируются подтвержденные случаи, знаком "-" маркируются неподтвержденные случаи; в строке "итого" граф "Код по перечню*" указываются сумма случаев с "+"; в Перечне указываются соответствующие типы оплат, по которым

Итого по СЗГ:													
Случаи ВТМУ ДС													
Итого по ВТМУ ДС:												X	X
Итого по стационарной помощи													
ИТОГО													
в том числе за отчетный период													
в том числе за прошедшие периоды													
Всего случаев за отчетный период по результатам контроля объема и качества всеми участниками**													

Тип оплаты: по фактическим затратам

№ п/п	№ ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		№ КЗГ	Количество базовых ставок	Код по		
					Код МКБ 10	Наименование	Код	Наименование			1.1	1.2	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Случаи СМП													
Итого по СМП:													
Случаи ВТМУ КС													
Итого по ВТМУ КС:													
Случаи СЗГ													
Итого по СЗГ:													
Случаи ВТМУ ДС													
Итого по ВТМУ ДС:												X	X
Итого по стационарной помощи													
ИТОГО													
в том числе за отчетный период													
в том числе за прошедшие периоды													
Всего случаев за отчетный период по результатам контроля объема и качества всеми участниками**													

Тип оплаты: за один пролеченный случай, по койко-дням

№ п/п	№ ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		№ КЗГ	Количество базовых ставок	Код по		
					Код МКБ 10	Наименование	Код	Наименование			1.1	1.2	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Случаи СМП													

Итого по СМП:																					
Случаи ВТМУ КС																					
Итого по ВТМУ КС:																					
Случаи СЗТ																					
Итого по СЗТ:																					
Случаи ВТМУ ДС																					
Итого по ВТМУ ДС:																			X	X	
Итого по стационарной помощи																					
ИТОГО																					
в том числе за отчетный период																					
в том числе за прошедшие периоды																					
Всего случаев за отчетный период по результатам контроля объема и качества всеми участниками**																					

П р и м е ч а н и е :

* знаком "+" маркируются подтвержденные случаи, в строке "итого" граф "К о д п о перечню*" указываются сумма случаев с "+";

** - указывается в итоговых строках акта контроля объема, сводного перечня и протокола исполнения договора; в Перечне указываются соответствующие типы оплат, по которым медицинская организация РБ финансируется.

Руководитель	ТД	ККМФД	Должностное	лицо	ТД	ККМФД
_____/_____/_____ Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе)			_____/_____/_____ Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе)			

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

Дата " ____ " _____ 20__ года

Приложение 35
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 43
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

№ п/п	ИИН	№ МК	Дата госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		№ КЗГ	Количество базовых ставок	Код по перечню		
					Код МКБ 10	Наименование	Код	Наименование			1.1	М:специалиста СИ	М:спс ТД
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Итого по СМП													
Итого по ВТМУ КС													
Итого по СЗГ													
Итого по ВТМУ ДС													
Итого по стационарной помощи													
ИТОГО													
Всего случаев по результатам контроля объема и качества всеми участниками**													

П р и м е ч а н и е :

* - столбцы "Код по перечню*" включаются случаи с дефектами объема по результатам 20% выборки, маркировка СИ и маркировка ТД КОМУ;
 - знаком "+" маркируются подтвержденные случаи, знаком "-" маркируются неподтвержденные случаи;
 в строке "итого" граф "Код по перечню*" указываются сумма случаев с "+".

** - указывается в итоговых строках акта контроля объема, сводного перечня и протокола исполнения договора;
 в Перечне указываются соответствующие типы оплат, по которым медицинская организация РБ финансируется.

Руководитель _____ ТД КОМУ	Должностное _____ лицо ТД КОМУ
_____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе)	_____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе)

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

Дата "___" _____ 20__ года

Приложение 36
 к Приказу Министра
 здравоохранения Республики
 Казахстан
 от 27 ноября 2017 года № 874
 Приложение 44
 к Правилам возмещения затрат
 организациям здравоохранения
 за счет бюджетных средств
 Форма

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Случаи СМП:												
Итого по СМП:												
Случаи ВТМУ КС:												
Итого по ВТМУ КС:												
Случаи СЗТ:												
Итого по СЗТ												
Случаи ВТМУ ДС:												
Итого по ВТМУ ДС: х												
Итого по стационарной помощи:												
ИТОГО:												
Всего случаев по результатам контроля качества всеми участниками**:												

Тип оплаты: за один пролеченный случай, по койко-дням

№ п/п	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		№ КЗГ	Количество базовых ставок	Код по	
					Код МКБ 10	Наименование	Код	Наименование			1.1	1.2
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Случаи СМП:												
Итого по СМП:												
Случаи ВТМУ КС:												
Итого по ВТМУ КС:												
Случаи СЗТ:												
Итого по СЗТ												
Случаи ВТМУ ДС:												
Итого по ВТМУ ДС: х												
Итого по стационарной помощи:												
ИТОГО:												
Всего случаев по результатам контроля качества всеми участниками**:												

П р и м е ч а н и е :

включаются случаи, подлежавшие контролю по Приложению 36 и

№ п/п	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		№ КЗГ	Количество базовых ставок	Код по	
					Код МКБ -10	Наименование	Код	Наименование			1.1	1.2
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Случаи СМП												
Итого по СМП												
Случаи ВТМУ КС												
Итого по ВТМУ КС												
Случаи СЗТ												
Итого по СЗТ												
Случаи по ВТМУ ДС												
Итого по ВТМУ ДС												
Итого по стационарной помощи												
ИТОГО										X	X	X
в том числе за отчетный период												
в том числе за предыдущие периоды												
Всего случаев за отчетный период по результатам контроля объема и качества всеми участниками**												

Тип оплаты: по фактическим затратам

№ п/п	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		№ КЗГ	Количество базовых ставок	Код по	
					Код МКБ -10	Наименование	Код	Наименование			1.1	1.2
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Случаи СМП												
Итого по СМП												
Случаи ВТМУ КС												
Итого по ВТМУ КС												
Случаи СЗТ												
Итого по СЗТ												
Случаи по ВТМУ ДС												
Итого по ВТМУ ДС												

Итого по стационарной помощи			
ИТОГО	X	X	X
в том числе за отчетный период			
в том числе за предыдущие периоды			
Всего случаев за отчетный период по результатам контроля объема и качества всеми участниками**			

Тип оплаты: за один пролеченный случай, по койко-дням

№ п/п	№ ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		№ КЗГ	Количество базовых ставок	Код по	
					Код МКБ -10	Наименование	Код	Наименование			1.1	1.2
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Случаи СМП												
Итого по СМП												
Случаи ВТМУ КС												
Итого по ВТМУ КС												
Случаи СЗТ												
Итого по СЗТ												
Случаи по ВТМУ ДС												
Итого по ВТМУ ДС												
Итого по стационарной помощи												
ИТОГО												
в том числе за отчетный период												
в том числе за предыдущие периоды												
Всего случаев за отчетный период по результатам контроля объема и качества всеми участниками**												

П р и м е ч а н и е :

* в столбце "Код по перечню*" знаком "+" маркируются подтвержденные случаи в строке "итого" граф "Код по перечню*" указываются сумма случаев с "+";

** - указывается в итоговых строках акта контроля объема, сводного перечня и

протокола исполнения договора;

в Перечне указываются соответствующие типы оплат, по которым медицинская организация РБ финансируется.

Руководитель	ТД	КОМУ	Должностное	лицо	ТД	КОМУ
_____ / _____			_____ / _____			

1.4	Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания)																
1.5	Не подтвержденные случаи оказания медицинской помощи																
1.6	Случаи необоснованного отклонения лечебно-диагностических мероприятий от стандартов																
1.7	Случаи с неподтвержденными медицинскими услугами/медикаментами																
1.8	Случаи ВТМУ и по перечню медицинских услуг к которым не применяется Линейная шкала (приложение 32-2), не включенные в договор																
ИТОГО																	
Всего по результатам контроля всеми участниками																	

Тип оплаты: по фактическим затратам

Код по Перечню	Наименование случая	Предъявлено к оплате												Подлежит том числе	
		Количество базовых ставок				Количество случаев				Сумма, тенге				Количество	
		смп	втму кс	сзт	взмусзт	смп	втму кс	сзт	взмусзт	смп	втму кс	сзт	взмусзт	смп	втму кс
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	I. Случаи госпитализации за отчетный период, подлежащие оплате (приложение 35)													X	X
	II Перечень случаев госпитализации за отчетный период, прошедших контроль объема после оценки СИ (приложение 44)														
	всего дефектов, из них по видам нарушений:														
1.1	Случаи госпитализации без медицинских показаний														

	лечебно-диагностических мероприятий от стандартов																		
1.7	Случаи с неподтвержденными медицинскими услугами/медикаментами																		
1.8	Случаи ВТМУ и по перечню медицинских услуг к которым не применяется Линейная шкала (приложение 32-2), не включенные в договор																		
ИТОГО																			
Всего по результатам контроля всеми участниками																			

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

Дата "___" _____ 20__ года

Приложение 39
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 47
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

**Перечень случаев госпитализации, подлежащих и не подлежащих оплате,
в том числе
частично по результатам контроля объема гарантированного объема
бесплатной**

медицинской помощи всеми участниками

период: с "___" _____ 20__ года по "___" _____

20__ года

Тип оплаты: по клинико-затратным группам

№ п/п	№ ИИН	№ медицинской карта	Дата госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		№ КЗГ	Количество базовых ставок	Строк акта контроля	
					Код МКБ -10	Наименование	Код	Наименование			II	III
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Случаи СМП

Итого по СМП														
Случаи ВТМУ КС														
Итого по ВТМУ КС														
Случаи СЗТ														
Итого по СЗТ														
Случаи ВТМУ ДС														
Итого по ВТМУ ДС														
Итого по стационарной помощи														
ИТОГО														

Тип оплаты: по фактическим затратам

№ п/п	ИИН	№ медицинской карта	Дата госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		№ КЗГ	Количество базовых ставок	Строк акта контрол. объем	
					Код МКБ -10	Наименование	Код	Наименование			II	III
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Случаи СМП

Итого по СМП														
Случаи ВТМУ КС														
Итого по ВТМУ КС														
Случаи СЗТ														
Итого по СЗТ														
Случаи ВТМУ ДС														
Итого по ВТМУ ДС														
Итого по стационарной помощи														
ИТОГО														

Тип оплаты: за один пролеченный случай, по койко-дням

№ п/п	ИИН	№ медицинской карта	Дата госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		№ КЗГ	Количество базовых ставок	Строк акта контрол. объем	
					Код МКБ -10	Наименование	Код	Наименование			II	III

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Случаи СМП												
Итого по СМП												
Случаи ВТМУ КС												
Итого по ВТМУ КС												
Случаи СЗТ												
Итого по СЗТ												
Случаи ВТМУ ДС												
Итого по ВТМУ ДС												
Итого по стационарной помощи												
ИТОГО												

П р и м е ч а н и е :

в Перечне указываются соответствующие типы оплат, по которым
м е д и ц и н с к а я
о р г а н и з а ц и я Р Б финансируется;
в Перечне указываются случаи, которые прошли контроль объема и качества
и
отражены в нескольких строках акта контроля объема.

Руководитель	ТД	КОМУ	Должностное	лицо	ТД	КОМУ
_____/_____			_____/_____			
Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе)			Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе)			

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

Дата "___" _____ 20__ года

Приложение 40
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 48
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

**Перечень случаев госпитализации, подлежащих и не подлежащих оплате,
в том числе
частично по результатам контроля качества и объема услуг
гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи всеми участниками**

период с " ____ " ____ 20__ года по " ____ " ____ 20__ года

(наименование субъекта здравоохранения)

Тип оплаты: по клинико-затратным группам

№ п/п	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		№ КЗГ	Количество базовых ставок	Строк переч. протс. испол. договс.	
					Код МКБ -10	Наименование	Код	Наименование			II	III
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Случаи СМП												
Итого по СМП												
Случаи ВТМУ КС												
Итого по ВТМУ КС												
Случаи СЗТ												
Итого по СЗТ												
Случаи ВТМУ ДС												
Итого по ВТМУ ДС												
Итого по стационарной помощи												
ИТОГО												

Тип оплаты: по фактическим затратам

№ п/п	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		№ КЗГ	Количество базовых ставок	Строк переч. протс. испол. договс.	
					Код МКБ -10	Наименование	Код	Наименование			II	III
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Случаи СМП												
Итого по СМП												
Случаи ВТМУ КС												
Итого по ВТМУ КС												
Случаи СЗТ												

Итого по СЗТ													
Случаи ВТМУ ДС													
Итого по ВТМУ ДС													
Итого по стационарной помощи													
ИТОГО													

Тип оплаты: за один пролеченный случай, по койко-дням

№ п/п	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		№ КЗГ	Количество базовых ставок	Строк переч. испол. догов.		
					Код МКБ -10	Наименование	Код	Наименование			II	III	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Случаи СМП													
Итого по СМП													
Случаи ВТМУ КС													
Итого по ВТМУ КС													
Случаи СЗТ													
Итого по СЗТ													
Случаи ВТМУ ДС													
Итого по ВТМУ ДС													
Итого по стационарной помощи													
ИТОГО													

П р и м е ч а н и е :

в Перечне указываются соответствующие типы оплат, по которым медицинская организация РБ финансируется;

в Перечне указываются случаи, которые прошли контроль объема и качества и отражены в нескольких строках сводного перечня или протокола исполнения договоров.

Руководитель _____ ТД _____ КОМУ _____	
Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/ _____	Должностное _____ лицо _____ ТД _____ КОМУ _____

Руководитель	ТД	КОМУ	Должностное	лицо	ТД	КОМУ
_____ / _____			_____ / _____			
_____ Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись (для отчета на бумажном носителе)			_____ Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись (для отчета на бумажном носителе)			

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

Дата "___" _____ 20__ года

Приложение 42
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 51
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

Перечень

случаев оказания медицинских услуг с использованием
медицинской

техники, приобретенной на условиях финансового лизинга

период: с "___" _____ 20__ года по "___" _____
_____ 20__

года

№ п/ п	ИИН	№ медицинской карты	Д а т а госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		№ КЗГ	К о д медицинской услуги*	Кол усл; испо лизи меде техн
					Код МКБ -10	Наименование	Код	Наименование			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Случаи СМП											
Итого по СМП											
Случаи ВТМУ КС											
Итого по ВТМУ КС											
Случаи СЗТ											
Итого по СЗТ											
Случаи ВТМУ ДС											
Итого по ВТМУ ДС											

Итого по стационарной помощи

ИТОГО

П р и м е ч а н и е :

* - при наличии мед. техники на условиях финансового лизинга в количестве 2 и более, на одного больного может быть несколько кодов медицинских услуг.

Руководитель АО "КазМедТех"

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

(для отчета на бумажном носителе)

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

Дата " ____ " _____ 20 ____ года

Приложение 43
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 52
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

Протокол

**исполнения договора на оказание медицинских услуг по
специализированной
медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной
медицинской**

**помощи, оплата которой осуществляется из республиканского
бюджета**

№ _____ от " _____ " _____ 20 ____ года
период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ год

(наименование ТД КОМУ)

(наименование субъекта здравоохранения)

I. Расчет суммы к оплате в случае превышения месячной суммы и применения линейной шкалы оценки исполнения Договора.

№	Процент превышения	Процент возмещения
1	от 100% до 105%	50%
2	свыше 105%	0%

Наименование	Предъявлено по счету-реестру	Плановая сумма договора за отчетный период	Применение линейной шкалы							
			Превышение плановой суммы договора		Применение расчета поправочных коэффициентов = 1,0 за превышение плановой суммы договора		Превышение плановой суммы договора после применения расчета поправочных коэффициентов = 1 для расчета суммы возмещения применением линейной шкалы			
			Сумма	%	Сумма к удержанию	Сумма после применения расчета поправочных коэффициентов	Сумма	% превышения	интервал процента превышения по линейной шкале	
А	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Сумма с применением ЛШ										
Сумма без применения ЛШ*										
ИТОГО										

Примечание:

*данная строка заполняется по видам медицинской помощи, по которым не применяется линейная шкала.

II. Расчет суммы к оплате с учетом результатов экспертизы
Тип оплаты: по клинико-затратным группам

Код / наименование перечня	Предъявлено к оплате по счету-реестру								Подлежит к снятию и не подлежит оплате, числе частично						
	Количество случаев				Сумма, тенге				Количество случаев				Сумма, тенге		
	СМП	ВТМУ КС	СЗТ	ВТМУ ДС	СМП	ВТМУ КС	СЗТ	ВТМУ ДС	СМП	ВТМУ КС	СЗТ	ВТМУ ДС	СМП	ВТМУ КС	СЗТ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
I. Сумма по перечню случаев госпитализации за отчетный									X	X	X	X	X	X	X

VI. Сумма по перечню случаев госпитализации за отчетный период, прошедших контроль объема, за исключением случаев, прошедших контроль качества													
VII. Сумма по перечню случаев за отчетный и прошедшие периоды, по которым проведен контроль объема по результатам анализа исполнения Договора за отчетный период	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
за прошедший период	X	X	X	X									
VIII. Сумма удержания за превышение плановой суммы договора с применением линейной шкалы	X	X	X	X				X	X	X	X	X	X
ИТОГО по результатам контроля всеми участниками и после применения линейной шкалы													

Тип оплаты: по медико-экономическим тарифам: по блокам (схемам) курса лечения

№	Наименование блока/схемы лечения	Стоимость блока (схемы) курса лечения	Предъявлено к оплате по счету-реестру		Не подлежит оплате, в том числе частично		Принято к оплате	
			Количество случаев	Сумма, тенге	Количество случаев	Сумма, тенге	Количество случаев	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	ИТОГО							

Реабилитация для детей с онкозаболеваниями

№	Наименование тарифа	Предъявлено к оплате по счету-реестру		Не подлежит оплате, в том числе частично		Принято к оплате	
		Количество случаев	Сумма, тенге	Количество случаев	Сумма, тенге	Количество случаев	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
	ИТОГО	X		X		X	

III. Лизинговые платежи.

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

Всего с использованием медицинской техники по стационарозамещающей помощи, приобретенной на условиях _____ финансового _____ лизинга :
Медицинское оборудование

ИТОГО						

IV. Иные выплаты/вычеты

Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов / выплат)	Основание	Согласно решению комиссии	
		Выплаты, сумма тенге	Вычеты, сумма тенге
ИТОГО			

Всего предъявлено к оплате _____ тенге

Итого принято _____ тенге

Председатель: _____ / _____

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

(для протокола на бумажном носителе)

Члены комиссии: _____ / _____

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

(для протокола на бумажном носителе)

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

(для протокола на бумажном носителе)

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

(для протокола на бумажном носителе)

Дата " _____ " _____ 20 ____ года

Приложение 44
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 54
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

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

которой осуществляется за счет средств республиканского бюджета

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года
период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ год
по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование медицинской организации _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование подпрограммы: _____

Общая сумма Договора: _____

т е н г е

в том числе общая сумма выплаченного аванса: _____

т е н г е

в том числе общая сумма лизинговых платежей на текущий год: _____

т е н г е

Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): _____

т е н г е

в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: _____

т е н г е

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): _____

т е н г е

в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: _____

т е н г е

Тип оплаты: _____ по _____ клинико-затратным _____ группам.

Стоимость базового тарифа (ставки): _____

тенге

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате по счету-реестру		Принято к оплате с учетом Линейной шкалы и экспертизы	
		Число пролеченных больных (человек)	Сумма (тенге)	Число пролеченных больных (человек)	Сумма (тенге)
1	2	3	4	5	6
1	Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе:				
1.1	всего стационарная помощь, в том числе:				
1.1.1	услуги по профилю:				

1.1.2	услуги по Перечню № 1*:			
1.1.3	ВТМУ:			
1.2	всего стационарозамещающая помощь, в том числе:			
1.2.1	дневной стационар по профилю:			
1.2.2	услуги по Перечню № 2*:			
1.2.3	ВТМУ:			
1.2.4	стационар на дому:			

П р и м е ч а н и е :

* Перечень 1 и Перечень 2 - Перечень медицинских услуг к которым не применяется
Линейная шкала (приложение 32-2).
 Тип оплаты: по фактическим затратам

№ п /п	Наименование	Предъявлено к оплате по счету-реестру		Принято к оплате с учетом Линейной шкалы и экспертизы	
		Число пролеченных больных (человек)/сеансов	Сумма (тенге)	Число пролеченных больных (человек) /сеансов	Сумма (тенге)
1	2	3	4	5	6
1	Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе:				
1.1	всего стационарная помощь, в том числе:				
1.1.1	услуги по профилю:				
1.1.2	услуги по Перечню № 1*:				
1.1.3	ВТМУ:				
1.2	всего стационарозамещающая помощь, в том числе:				
1.2.1	дневной стационар по профилю:				
1.2.2	услуги по Перечню № 2*:				
1.2.3	ВТМУ:				

П р и м е ч а н и е :

* Перечень 1 и Перечень 2 - Перечень медицинских услуг к которым не применяется
Линейная шкала (приложение 32-2).
 Тип оплаты: за один пролеченный случай по расчетной средней стоимости / по койко-дням

Стоимость за пролеченный случай по расчетной средней стоимости: _____
 _____ т е н г е
 Стоимость 1 койко-дня: _____ тенге

--	--	--	--	--

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате по счету-реестру			Принято к оплате с учетом Линейной шкалы и экспертизы		
		Число пролеченных больных (человек)	Количество койко-дней	Сумма (тенге)	Число пролеченных больных (человек)	Количество койко-дней	Сумма (тенге)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Оказание специализированной медицинской помощи, в том числе:						
1.1	специализированная стационарная медицинская помощь						

Тип оплаты: по медико-экономическим тарифам: по блокам (схемам) курса лечения

№	Наименование блока/схемы лечения	Стоимость блока (схемы) курса лечения	Предъявлено к оплате по счету-реестру		Принято к оплате	
			Количество случаев	Сумма, тенге	Количество случаев	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7
	ИТОГО					

Реабилитация для детей с онкозаболеваниями

№	Наименование тарифа	Предъявлено к оплате по счету-реестру		Принято к оплате	
		Количество случаев	Сумма, тенге	Количество случаев	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6
	ИТОГО	Х		Х	

Лизинговые платежи.

Наименование	Предъявлено к оплате по счету-реестру			Принято к оплате с учетом экспертизы		
	Число пролеченных больных (человек)	Количество (услуг)	Сумма лизингового платежа (тенге)	Число пролеченных больных (человек)	Количество (услуг)	Сумма лизингового платежа (тенге)
Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга						

Всего принято к оплате: _____ тенге, в том числе:
сумма на возмещение лизинговых платежей: _____ тенге;
удержанная сумма: _____ тенге, из них:
по результатам контроля качества и объема: _____ тенге;
за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом, не прошедшие

экспертизу
качества и объема: _____ тенге;
за пролеченные случаи текущего периода, оказанные вне условий Договора, не
прошедшие
экспертизу качества и объема: _____ тенге;
по линейной шкале за превышение плановой суммы договора: _____
т е н г е ;
принятая сумма: _____ тенге, из них:
за пролеченные случаи прошедшего периода с непредотвратимым летальным
и с х о д о м ,
прошедшие экспертизу качества и объема в отчетном периоде: _____
т е н г е ;
за пролеченные случаи прошедшего периода, оказанные вне условий Договора,
прошедшие
экспертизу качества и объема: _____ тенге;
Сумма по решению комиссии снятая: _____ тенге / принятая: _____
_ _ _ _ _ т е н г е , в
т о м ч и с л е :
выплаты: _____ тенге,
вычеты: _____ тенге.
Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса: _____ тенге;
Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит к удержанию в
с л е д у ю щ и й п е р и о д :
_ _ _ _ _ т е н г е ;
Итого начислено к перечислению: _____ тенге;
в том числе возмещение лизинговых платежей: _____ тенге.

Заказчик: _____ (наименование заказчика)	Поставщик: _____ (наименование медицинской организации)
Адрес: _____	Адрес: _____
БИН: _____	БИН: _____
ИИН: _____	ИИН: _____
БИК: _____	БИК: _____
_____ (наименование бенефициара)	Наименование банка: _____
Код: _____	_____
КБЕ: _____	КБЕ: _____
Руководитель: _____ / _____	Руководитель: _____ / _____
_____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для акта на бумажном носителе)	_____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) /подпись) (для акта на бумажном носителе)
Место печати (для акта на бумажном носителе)	Место печати (при наличии/для акта на бумажном носителе)

к Приказу Министра
 здравоохранения Республики
 Казахстан
 от 27 ноября 2017 года № 874
 Приложение 68
 к Правилам возмещения затрат
 организациям здравоохранения
 за счет бюджетных средств
 Форма

СЧЕТ-РЕЕСТР

за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи в рамках

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств

республиканского бюджета в виде целевых текущих трансфертов и средств местного

бюджета

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

Наименование организации здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

№ п /п	Наименование	Количество пролеченных случаев	Тариф за один пролеченный случай, тенге	Предъявлено к оплате, тенге
А	1	2	3	4
1	Всего за оказание стационарной и стационарозамещающей помощи, в том числе:			
1.1.	за счет целевых текущих трансфертов из республиканского бюджета, в том числе:			
1.1.1	за оказание стационарной помощи			
1.1.2	за оказание стационарозамещающей помощи			
1.2.	за счет средств местного бюджета, в том числе:			
1.2.1	за оказание стационарной помощи			
1.2.2	за оказание стационарозамещающей помощи			

Лизинговые платежи

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

№ п\п	№ истории болезни	Дата рождения	Адрес	Дата поступления	Дата выписки	Проведено койко-дней	Исход пребывания	Код МКБ -10	Диагноз заключительный	Т и п госпитализац
A	1	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Стационарозамещающая помощь: дневной стационар

№ п\п	№ истории болезни	Дата рождения	Адрес	Дата поступления	Дата выписки	Проведено койко-дней	Исход пребывания	Код МКБ -10	Диагноз заключительный	Т и п госпитализац
A	1	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Стационар на дому

№ п\п	№ истории болезни	Дата рождения	Адрес	Дата поступления	Дата выписки	Проведено койко-дней	Исход пребывания	Код МКБ -10	Диагноз заключительный	Т и п госпитализац
A	1	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата " _____ " _____ 20 ____ года

П р и м е ч а н и е :

* данные формируются на основе введенных данных в ИС"ЭРСБ".

Приложение 46
 к Приказу Министра
 здравоохранения Республики
 Казахстан
 от 27 ноября 2017 года № 874
 Приложение 69
 к Правилам возмещения затрат
 организациям здравоохранения
 за счет бюджетных средств
 Форма

Протокол
исполнения договора на оказание стационарной и
стационарозамещающей
медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной

медицинской

помощи за счет средств республиканского бюджета в виде целевых текущих

трансфертов и средств местного бюджета

**период: с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года
по Договору № _____ от "___" _____ 20__ года**

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

№ п /п	Наименование	Количество пролеченных случаев	Предъявлено к оплате, тенге	Снято с оплаты*, тенге	Принято к оплате, тенге
А	1	2	3	4	5
1	Всего за оказание стационарной и стационарозамещающей помощи, в том числе:				
1.1.	за счет целевых текущих трансфертов из республиканского бюджета, в том числе:				
1.1.1	за оказание стационарной помощи				
1.1.2	за оказание стационарозамещающей помощи				
1.2.	за счет средств местного бюджета, в том числе:				
1.2.1	за оказание стационарной помощи				
1.2.2	за оказание стационарозамещающей помощи				

П р и м е ч а н и е :

* снято с оплаты, в том числе частично, за отчетный и предыдущие периоды

п о результатам по результатам выборочных, внеплановых проверок и иных форм контроля Т Д ККМФД. Акт контроля качества и объема медицинской помощи прилагается.

Лизинговые платежи

Наименование	Предъявлено к оплате		Снято с оплаты		Принято к оплате	
	Количество услуг	Сумма лизингового платежа, тенге	Количество услуг	Сумма лизингового платежа, тенге	Количество услуг	Сумма лизингового платежа, тенге
Всего с использованием медицинской техники,						

приобретенной на условиях
финансового лизинга

Иные выплаты/вычеты

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

Всего предъявлено к оплате _____ тенге

Всего принято к оплате _____ тенге

Председатель: _____ / _____

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

(для протокола на бумажном носителе)

Члены комиссии: _____ / _____

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

(для протокола на бумажном носителе)

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

(для протокола на бумажном носителе)

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

(для протокола на бумажном носителе)

Ознакомлен: _____ / _____

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

Дата " ____ " _____ 20 ____ года

Приложение 47
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874

Приложение 70
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

**Акт выполненных работ (услуг), оказанных в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи за счет средств республиканского
бюджета в виде**

целевых текущих трансфертов и средств местного бюджета

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

период с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____

года

по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Общая сумма по Договору _____

т е н г е

Общая сумма выплаченного аванса _____

— — —

т е н г е

Общая сумма оплаченных (оказанных) услуг _____ тенге

Общая сумма лизинговых платежей на текущий год согласно Договору _____ тенге

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге
А	1	2	3
1	Всего за оказание стационарной и стационарозамещающей помощи, в том числе:		
1.1.	за счет целевых текущих трансфертов из республиканского бюджета, в том числе:		
1.1.1.	за оказание стационарной помощи		
1.1.2.	за оказание стационарозамещающей помощи		
1.2.	за счет средств местного бюджета, в том числе:		
1.2.1.	за оказание стационарной помощи		
1.2.2.	за оказание стационарозамещающей помощи		

Лизинговые платежи.

Наименование	Предъявлено к оплате		Принято к оплате	
	Количество услуг	Сумма лизингового платежа, тенге	Количество услуг	Сумма лизингового платежа, тенге
Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга				

Иные выплаты/вычеты.

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

Всего принято к оплате: _____ тенге

в том числе возмещение лизинговых платежей _____ тенге

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса _____ тенге

Сумма к удержанию лизинговых платежей _____ тенге

Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит удержанию в следующий период

_____ тенге

Итого к перечислению _____ тенге

в том числе возмещение лизинговых платежей _____ тенге

З а к а з ч и к _____ (Наименование государственного органа) Адрес _____ БИН _____ ИИН _____ БИК _____ ГУ _____ Наименование комитет казначейства Код _____ Код бенефициара (далее – КБЕ) _____ _____ Р у к о в о д и т е л ь _____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для акта на бумажном носителе) Место печати (для акта на бумажном носителе)	П о с т а в щ и к _____ (Наименование медицинской организации) Адрес _____ БИН _____ ИИН _____ БИК _____ Наименование банка _____ КБЕ _____ Руководитель _____ / _____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для акта на бумажном носителе) Место печати (при наличии/ для акта на бумажном носителе)
---	---

Приложение 48
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 72
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

СЧЕТ-РЕЕСТР

**оказанных медицинских услуг онкологическим больным в рамках
гарантированного**

объема бесплатной медицинской помощи

№ _____ от "___" _____ 20__ года

период: с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года

по Договору № _____ от "___" _____ 20__ года

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Тип оплаты: по комплексному тарифу на одного онкологического больного
 Комплексный тариф на одного онкологического больного в месяц: _____
 _____ тенге

№ п/п	Наименование	Количество онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ на начало отчетного периода	Количество онкологических больных взятых на учет		Количество онкологических больных снятых с учета		Количество онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода	Среднесписочная численность онкологических больных
			Всего	в том числе из других регионов	Всего	в том числе умершие		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Оказанная медицинская помощь онкологическим больным, всего							

Тип оплаты: по фактическим затратам

№ п/п	Наименование	Применение химиопрепаратов онкологическим больным		Применение таргетных препаратов онкологическим больным		Оказание лучевой	
		Количество онкологических больных	Предъявлено к оплате, тенге	Количество онкологических больных	Предъявлено к оплате, тенге	Количество онкологических больных	К с л т
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Всего по специализированной медицинской помощи, в том числе:						
	- при оказании амбулаторно-поликлинической помощи					X	X
	в том числе: с применением ВТМУ	X	X	X	X	X	X
	- при оказании стационарной медицинской помощи						
	в том числе: с применением ВТМУ			X	X		
	-при оказании стационарозамещающей медицинской помощи						
	в том числе: с применением ВТМУ			X	X		

Тип оплаты: по клинико-затратным группам (оказание медицинских услуг с целью обеспечения доступности и качества медицинской помощи онкологическим больным)

(больным с предраковыми заболеваниями, направленным на верификацию
д и а г н о з а) п р и
 реализации их права на свободный выбор)
 Стоимость базового тарифа (ставки) _____ тенге.

Поправочные коэффициенты: _____

№ п/п	Наименование	Номер группы	Код диагноза / операции	Коэффициент затратоемкости по КЗГ	Количество пролеченных больных	Количество базовых тарифов (ставок)	Предъявлено к оплате, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе:						
1.1	всего стационарная помощь						
1.2	в с е г о стационарозамещающая помощь						

Л и з и н г о в ы е п л а т е ж и .

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Наименование медицинского оборудования:	Количество пролеченных больных	Количество услуг	Сумма лизингового платежа к оплате, тенге
1	2	3	4
ИТОГО			

Итого к оплате: _____ тенге

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата " ____ " _____ 20__ года

П р и м е ч а н и е :

к данному счет-реестру прилагаются следующие приложения*:
 реестр движения онкологических больных по форме согласно таблице 1 к
 с ч е т -
 реестру за оказание медицинской помощи онкологическим больным в рамках

Г О Б М П ;

реестр оказанной медицинской помощи онкологическим больным в рамках
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по комплексному
т а р и ф у н а
одного онкологического больного по форме согласно таблице 2 к счет-реестру за
о к а з а н и е

медицинской помощи онкологическим больным в рамках ГОБМП;
реестр по применению химиопрепаратов онкологическим больным в рамках
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно
т а б л и ц е 3 к

счет-реестру за оказание медицинской помощи онкологическим больным в
р а м к а х Г О Б М П ;

реестр по применению таргетных препаратов онкологическим больным в
р а м к а х
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно
т а б л и ц е 4 к

счет-реестру за оказание медицинской помощи онкологическим больным в
р а м к а х Г О Б М П ;

реестр оказанной лучевой терапии онкологическим больным в рамках
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно
т а б л и ц е 5 к

счет-реестру за оказание медицинской помощи онкологическим больным в
р а м к а х Г О Б М П ;

реестр оказанной специализированной медицинской помощи в рамках
Г О Б М П с

целью обеспечения доступности и качества медицинской помощи
онкологическим больным
(больным с предраковыми заболеваниями, направленным на верификацию
д и а г н о з а) п р и

реализации их права на свободный выбор по форме согласно таблице 6 к
с ч е т - р е е с т р у з а

оказание медицинской помощи онкологическим больным в рамках ГОБМП;

* информация получена из информационной системы "Электронный регистр
онкологических больных".

Таблица 1
к счет-реестру за оказание
медицинской помощи
онкологическим больным в
рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи

Реестр движения онкологических больных*
 период: с " ____ " _____ 20__ года по " ____ " _____ 20__
 года

№ п/п	Период	Количество онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ на начало отчетного периода	Количество онкологических больных взятых на учет		Количество онкологических больных снятых с учета		Количество онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода	Среднесписочная численность онкологических больных
			Всего	в том числе из других регионов	Всего	в том числе умершие		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Место печати (при наличии)/для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата " ____ " _____ 20__ года

Таблица 2
 к счет-реестру оказанных
 медицинских услуг
 онкологическим больным в
 рамках гарантированного
 объема бесплатной медицинской
 помощи
 Форма

Реестр
оказанной медицинской помощи онкологическим больным в рамках
гарантированного
объема бесплатной медицинской помощи по комплексному тарифу на
одного

онкологического больного*
 период: с " ____ " _____ 20__ года по " ____ " _____ 20__ года

при оказании консультативно-диагностических услуг

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Количество услуг
А	1	2	4
1			
ИТОГО			

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

№ п/п	Профиль койки	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Повод обращения	Основной заключительный диагноз		Основная операция		Л
							Код МКБ -10	Наименование	Код МКБ -9	Наименование	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1
Всего случаев по специализированной медицинской помощи _____, в том числе:											
итого стационарная помощь _____, в том числе:											
итого стационарозамещающая помощь _____, в том числе:											

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Место печати (при наличии/ для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата " _____ " _____ 20__ года

Таблица 3
 к счет-реестру за оказание
 медицинской помощи
 онкологическим больным в
 рамках гарантированного
 объема бесплатной медицинской
 помощи
 Форма

Реестр

**по применению химиопрепаратов онкологическим больным в
 рамках
 гарантированного объема бесплатной медицинской помощи при**

оказании

**специализированной медицинской помощи по формам:
стационарная и**

стационарозамещающая медицинская помощь

период: с " ____ " _____ 20__ года по " ____ " _____ 20__ года

№	ИИН пациента	№ медицинской карты	Основной заключительный диагноз		Расход на химиопрепараты					
			Код МКБ -10	Наименование	Наименование препарата	Форма выпуска	Доза 1 единицы , мг	Стоимость 1 единицы , тенге	Назначенная доза, в мг	Колич препа
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Всего применено химиопрепаратов онкологическим больным, в том числе:									
1.1	по онкологическим больным, состоящим на учете в онкологическом диспансере, итого									
1.2	по онкологическим больным, не состоящим на учете в онкологическом диспансере, итого									
										итого:
	(наименование онкологического диспансера, где состоит на учете онкологический больной)									

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата " ____ " _____ 20__ года

Таблица 4
к счет-реестру за оказание
медицинской помощи
онкологическим больным в
рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи
Форма

Реестр

**по применению таргетных препаратов онкологическим больным,
состоящим на учете в**

**онкологическом диспансере, в рамках гарантированного объема
бесплатной**

медицинской помощи на амбулаторном уровне*

период: с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года

№ п/ п	ИИН	№ рецепта	Основной заключительный диагноз		Расход на таргетные препараты					
			Код МКБ -10	Наименование	Наименование таргетного препарата	Форма выпуска	Доза 1 единицы , мг	Стоимость 1 единицы , тенге	Количество препарата	Предъявлено к оплате, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8	9	11	
Всего применено таргетных препаратов онкологическим больным, в том числе:										

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата "___" _____ 20__ года

Таблица 5
к счет-реестру за оказание
медицинской помощи
онкологическим больным в
рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи
Форма

Реестр

**оказанной лучевой терапии онкологическим больным в рамках
гарантированного**

**объема бесплатной медицинской помощи при оказании
специализированной**

**медицинской помощи по формам: стационарная и
стационарозамещающая**

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ*

период: с " ____ " _____ 20__ года по " ____ " _____ 20__

года

№ п/п	ИИН	№ медицинской карты		Основной заключительный диагноз	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Количество сеансов	Суммарная очаговая доза облучения грей (Гр)	Пределы оплаты тенге
		Код МКБ -10	Наименование							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Всего проведено сеансов лучевой терапии онкологическим больным, в том числе:									
1.1	по онкологическим больным, состоящим на учете в онкологическом диспансере, итого									
1.2	по онкологическим больным, не состоящим на учете в онкологическом диспансере, итого									
	_____, итого: (наименование онкологического диспансера, где состоит на учете онкологический больной)									

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата " ____ " _____ 20__ года

Таблица 6
к счет-реестру за оказание
медицинской помощи
онкологическим больным в
рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи
Форма

Реестр

**оказанной специализированной медицинской помощи в рамках
гарантированного**

объема бесплатной медицинской помощи с целью обеспечения доступности и качества

медицинской помощи онкологическим больным (больным с предраковыми заболеваниями, направленным на верификацию диагноза) при реализации их права на

свободный выбор

период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

При оказании специализированной медицинской помощи в форме
с т а ц и о н а р н о й и (и л и)
стационарозамещающей медицинской помощи

№ п/п	Профиль койки	ИИН	№ медицинской карты	Д а т а госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		Номер группы КЗГ	Коез. затр по К
						Код МКБ -10	Наименование	Код МКБ -9	Наименование		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе:										
1.1	итого стационарная помощь, в том числе:										
	_____ , (наименование онкологического диспансера, где состоит на учете онкологический больной)										
1.2	итого стационарозамещающая помощь, в том числе:										
	_____ , (наименование онкологического диспансера, где состоит на учете онкологический больной)										

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе, при
наличии)

Дата "___" _____ 20__ года

Приложение 49
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 73
к Правилам возмещения
затрат организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

Протокол
исполнения договора на оказание гарантированного объема бесплатной
медицинской
помощи при оказании медицинской помощи онкологическим больным
№ _____ от "___" _____ 20__ года
период: с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года
по Договору № _____ от "___" _____ 20__ года

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Тип оплаты: по комплексному тарифу на одного онкологического больного

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате, тенге		Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично		Принято к оплате, тенге	
		Количество случаев/больных	Сумма, тенге	Количество случаев/больных	Сумма, тенге	Количество случаев/больных	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Среднесписочная численность онкологических больных			X	X		
2	Случаи за отчетный период, прошедшие контроль качества, из них:						
1)	Подтверждены						
2)	Не подтверждены						
3	Недостоверное, несвоевременное и некачественное введение данных в ЭРОБ и несоответствие предъявленных к оплате документов данным ЭРОБ	X	X				

Лизинговые платежи

Наименование	Количество услуг предъявленных к оплате	Предъявленная сумма лизингового платежа к оплате, тенге	Количество услуг к снятию с оплаты	Сумма лизингового платежа к снятию с оплаты	Количество услуг принятых к оплате	Принято к оплате сумма лизингового платежа, тенге
1	2	3	4	5	6	7
Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга						

Иные выплаты/вычеты

№ п/п	Основание	Согласно решения комиссии	
		Выплаты, сумма тенге	Вычеты, сумма тенге
1	2	3	4
ИТОГО			

Всего предъявлено к оплате _____ тенге

Всего принято к оплате _____ тенге

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

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

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

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

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

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

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата " _____ " _____ 20 ____ года

П р и м е ч а н и е :

информация получена из информационных систем "Электронный регистр онкологических больных" и "Система управления качеством медицинских услуг"

Приложение
к протоколу исполнения
договора на оказание
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи при оказании
медицинской помощи
онкологическим больным
Форма

Реестр онкологических больных с несвоевременной регистрацией сведений о смерти в

"Электронном регистре онкологических больных"*

Комплексный тариф на одного онкологического больного в месяц: _____

т е н г е

Комплексный тариф на одного онкологического больного в день: _____ тенге

№ п/п	ИНН	Дата постановки на учет	Дата смерти	Дата снятия с учета	Количество дней нахождения на учете после даты смерти	Сумма, подлежащая снятию, тенге		
						всего	в.т.ч.	
							з а несвоевременное снятия с учета	м е р а экономического воздействия
А	1	2	3	4	5	6	7	8

Председатель: _____ / _____

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

Члены комиссии: _____ / _____

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

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

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

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

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

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)
Дата " _____ " _____ 20 ____ года

П р и м е ч а н и е :
информация получена из информационной системы "Электронный регистр онкологических больных".

Приложение 50
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 74
к Правилам возмещения
затрат организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

Акт выполненных работ (услуг), оказанных онкологическим больным в рамках

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года
период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года
по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование субъекта здравоохранения: _____
Наименование бюджетной программы: _____
Наименование бюджетной подпрограммы: _____
Общая сумма Договора: _____ тенге
в том числе общая сумма выплаченного аванса: _____ тенге
в том числе общая сумма лизинговых платежей на текущий год: _____ тенге
Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): _____ тенге
в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: _____ тенге
Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): _____ тенге
в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: _____ тенге
Тип оплаты: по комплексному тарифу на одного онкологического больного. Комплексный тариф на одного онкологического больного в месяц: _____ тенге

	Количество онкологических больных,	Среднесписочная численность онкологических больных,		
Наименование				

№ п/п	зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода	зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге
А 1	2	3	4	5
1	Оказание медицинской помощи онкологическим больным в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи			

Тип оплаты: по фактическим затратам

№ п/п	Наименование	Применение химиопрепаратов онкологическим больным		Применение таргетных препаратов онкологическим больным		Оказание лучевой терапии		Всего
		Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Всего по специализированной медицинской помощи, в том числе:							
	- при оказании амбулаторно-поликлинической помощи					X	X	
	в том числе: с применением ВТМУ	X	X	X	X	X	X	
	- при оказании стационарной медицинской помощи							
	в том числе: с применением ВТМУ			X	X			
	- при оказании стационарозамещающей медицинской помощи							
	в том числе: с применением ВТМУ			X	X			

Тип оплаты: по клинико-затратным группам (оказание медицинских услуг с целью обеспечения доступности и качества медицинской помощи онкологическим больным (больным с предраковыми заболеваниями, направленным на верификацию диагноза) при реализации их права на свободный выбор) Стоимость базового тарифа (ставки) _____ тенге
 Поправочные коэффициенты: _____

	Предъявлено к оплате	Принято к оплате

№ п/п	Наименование	Номер группы	Количество пролеченных больных	Сумма, тенге	Количество пролеченных больных	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7
1	Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе:					
1.1	всего стационарная помощь					
1.2	всего стационарозамещающая помощь					

Лизинговые платежи

Наименование	Предъявлено к оплате по счету-реестру			Принято к оплате с учетом экспертизы		
	Число пролеченных больных (человек)	Количество (услуг)	Сумма лизингового платежа (тенге)	Число пролеченных больных (человек)	Количество (услуг)	Сумма лизингового платежа (тенге)
Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга						

Всего принято к оплате: _____ тенге, в том числе:
сумма на возмещение лизинговых платежей: _____ тенге;
удержанная сумма: _____ тенге, из них:
по результатам контроля качества и объема: _____ тенге;
за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом, не
п р о ш е д ш и е
экспертизу качества и объема: _____ тенге;
за пролеченные случаи прошедшего периода с непредотвратимым летальным
исходом, прошедшие экспертизу качества и объема в отчетном периоде: _____
_____ т е н г е ;
Сумма по решению комиссии снятая: _____ тенге / принятая: _____
_____ т е н г е , в
т о м ч и с л е :
выплаты: _____ тенге,
вычеты: _____ тенге.
Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса: _____ тенге;
Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит к удержанию в
с л е д у ю щ и й п е р и о д :
_____ т е н г е ;
Итого начислено к перечислению: _____ тенге;
в том числе возмещение лизинговых платежей: _____ тенге.

З а к а з ч и к : _____ (наименование заказчика)	П о с т а в щ и к : _____ (наименование медицинской организации)
--	--

Адрес: _____	Адрес: _____
БИН: _____	БИН: _____
ИИН: _____	ИИН: _____
БИК: _____	БИК: _____
(наименование бенефициара)	Наименование банка: _____
Код: _____	_____
КБЕ: _____	КБЕ: _____
Руководитель: _____ / _____	Руководитель: _____ / _____
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) /подпись) (для акта на бумажном носителе)	(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) / п о д п и с ь) (для акта на бумажном носителе)
Место печати (для акта на бумажном носителе)	Место печати (при наличии/ для акта на бумажном носителе, при наличии)

П р и м е ч а н и е :

информация получена из информационной системы "Электронный регистр онкологических больных".

Приложение 51
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 78-1
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

**Информация о распределении плановой суммы аванса
на оказание медицинских услуг
по договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года**

(наименование субъекта здравоохранения)

**(наименование бюджетной программы в соответствии с единой
бюджетной
классификацией)**

№ п/п	Наименование расходов	Основной аванс (тыс.тенге)	Дополнительный аванс (тыс.тенге)
1	2	3	4
	Всего		
1	Оплата труда работников		

1.1	в том числе дифференцированная оплата		
2	Приобретение продуктов питания		
3	Приобретение лекарственных средств и ИМН		
4	Коммунальные расходы		
5	Прочие расходы		

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Приложение 52
 к Приказу Министра
 здравоохранения Республики
 Казахстан
 от 27 ноября 2017 года № 874
 Приложение 84-1
 к Правилам возмещения затрат
 организациям здравоохранения
 за счет бюджетных средств
 Форма

СЧЕТ-РЕЕСТР

**за оказание медицинской помощи прикрепленному населению в
рамках**

**гарантированного объема бесплатной медицинской помощи
субъектом**

здравоохранения районного значения и села

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____

года

по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование субъекта здравоохранения: _____
Наименование бюджетной программы: _____
Наименование бюджетной подпрограммы: _____
Количество прикрепленного сельского населения _____ человек
Базовый комплексный подушевой норматив АПП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН", в месяц _____ тенге;
Половозрастной поправочный коэффициент _____;
Коэффициент плотности населения _____;
Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности _____;

Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона _____;
 Сумма за работу в зонах экологического бедствия на 1-го жителя в месяц _____ тенге;
 Сумма на оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи на 1-го жителя в _____ тенге;
 Комплексный подушевой норматив на сельское население в расчете на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН", в месяц: _____ тенге, в том числе: гарантированный компонент комплексного подушевого норматива на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН" к субъекту ПМСП, в месяц _____ тенге; сумма СКПН на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН" к субъекту ПМСП, в _____ тенге.
 Количество школьников _____ человек.
 Подушевой норматив на 1 школьника в месяц _____ тенге.

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате (тенге)
А	Б	В
1.	Всего на оказание медицинской помощи прикрепленному населению, в том числе:	
1.1	на оказание медицинской помощи	
1.2	на стимулирование работников организации, оказывающей первичной медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки	
1.3	на оказание консультативно-диагностических услуг	
1.4	за медицинское обслуживание школьников в организациях образования	
2.	Сумма лизингового платежа	
ИТОГО к оплате:		

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе)
 Дата " _____ " _____ 20 ____ года

К данному счет-реестру прилагаются следующие приложения:
 данные о динамике численности и структуре прикрепленного населения по
 д а н н ы м
 портала "Регистр прикрепленного населения" по форме согласно таблице 1 к
 с ч е т - р е е с т р у

оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках ГОБМП
прикрепленному
населению субъекта, оказывающего ПМСП;
сумма на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного
результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП, по
форме
согласно таблице 2 к счет-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической
помощи в
рамках ГОБМП прикрепленному населению субъекта, оказывающего ПМСП;
реестр оказанных услуг ПМСП по форме согласно таблице 3 к счет-реестру
за
оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках ГОБМП
прикрепленному
населению субъекта, оказывающего ПМСП;
реестр оказанных КДУ, не включенных в комплексный подушевой норматив
на
оказание амбулаторной поликлинической помощи согласно таблице 4 к
счет-реестру за
оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках ГОБМП
прикрепленному
населению субъекта, оказывающего ПМСП;
реестр КДУ, оказанных без привлечения субподрядчика согласно таблице 5 к
счет-
реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках ГОБМП
прикрепленному населению субъекта, оказывающего ПМСП;
реестр КДУ оказанных с привлечением субподрядчика согласно таблице 6 к
счет-
реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках ГОБМП
прикрепленному населению субъекта, оказывающего ПМСП;
реестр КДУ, оказанных детскому населению в возрасте от 6 до 17 лет
включительно
согласно таблице 7 к счет-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической
помощи в
рамках ГОБМП прикрепленному населению субъекта, оказывающего ПМСП;
персонифицированный реестр выписанных больных, которым оказана
стационарная и
стационарозамещающая помощь по форме согласно таблице 8 к счет-реестру за
оказание
медицинской помощи прикрепленному населению в рамках ГОБМП субъектом

районного значения и села ;
 реестр оказанных КДУ с использованием медицинской техники,
 приобретенной на условиях финансового лизинга согласно таблице 9 к счет-реестру за оказание медицинской помощи прикрепленному населению в рамках ГОБМП субъектом районного значения и села.

Таблица 1
 к счет-реестру за оказание медицинской помощи прикрепленному населению в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи субъектом здравоохранения районного значения и села
 Форма

Данные о динамике численности и структуре прикрепленного населения по данным

портала "Регистр прикрепленного населения"*

период: с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года

человек

Численность прикрепленного населения на начало отчетного периода	Количество прикрепленного населения		Количество открепленного населения			Численность прикрепленного населения на конец отчетного периода
	Итого	в т.ч. по свободному выбору	Итого	в т.ч. по причинам		
				отказ по свободному выбору	смерть	

Половозрастная структура прикрепленного населения на конец отчетного периода			
Возраст	Итого	в том числе:	
		Мужчины	Женщины
0-12 месяцев			
12 месяцев - 4 года			
5-9 лет			
10-14 лет			
15-19 лет			
20-29 лет			
30-39 лет			

40-49 лет			
50-59 лет			
60-69 лет			
70 и старше			
ИТОГО			

Подтверждаем, что по:

1) количеству прикрепленного населения за отчетный период соответствует:
по свободному выбору: количеству заявлений граждан и копии документов,
удостоверяющих их личность;
по территориальному распределению: (указать приказ управления
здравоохранения);

2) количеству открепленного населения соответствует:
по смерти: количеству справок о смерти /перинатальной смерти;
по выезду за пределы страны: количеству заявлений граждан и копии
документов,
удостоверяющих их личность.
Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
(для счета-реестра на бумажном носителе)
Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)
Дата " ____ " _____ 20 ____ года

Проверено:
Руководитель СИ: _____
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
Место печати (при наличии/ для счета-реестра на бумажном носителе)
Дата " ____ " _____ 20 ____ года

Примечание:

*данные таблицы представляются в качестве информации о динамике
численности и
структуре прикрепленного населения по данным портала "Регистр
прикрепленного
населения" и не влияют на оплату за отчетный период.

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

**Сумма на стимулирование работников за достигнутые индикаторы
конечного**

**результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего
первичную медико-**

санитарную помощь

период: с " ____ " _____ 20__ года по " ____ " _____ 20__ года

№ п/п	Наименование	Плановый показатель	Предъявлено к оплате (фактический показатель*)
1	Численность прикрепленного населения, человек		
2	Количество среднего медицинского персонала на одну врачебную должность, в т.ч.		
	на терапевтическом участке		
	на педиатрическом участке		
	на участке семейного врача/ВОП		
3	Обеспеченность социальными работниками на 10 000 человек прикрепленного населения		
4	Обеспеченность психологами на 10 000 человек прикрепленного населения		
5	Коэффициент медицинской организации		

№ п/п	Индикаторы оценки деятельности	Плановый показатель**			Предъявлено к оплате***			
		Целевой показатель	Количество баллов	Сумма , тенге	Фактический показатель	Количество баллов	% достижения целевого показателя	Сумма , тенге
	Всего	X			X			
1	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП							
2	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП							
3	Своевременно диагностированный туберкулез легких							

4	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 1-2 стадии							
5	Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечнососудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)							
6	Обоснованные жалобы							

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Место печати (при наличии/ для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата " ____ " _____ 20__ года

П р и м е ч а н и е :

*расчет фактического показателя приведен на основании данных портала "

Р е г и с т р
 прикрепленного населения";

**значение целевого показателя установлено в соответствии с Соглашением о результатах по целевым трансфертам на текущий финансовый год, заключенным между

Министром здравоохранения Республики Казахстан и Акимом области, городов республиканского значения и столицы и соответствует данным портала "ДКПН";

количество баллов указано в максимальном значении в соответствии с приказом

Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 " О б

утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские

услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи";

сумма распределена по индикаторам конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП, на основании данных по заключенному договору на оказание Г О Б М П ;

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

Таблица 3
к счет-реестру за оказание
медицинской помощи
прикрепленному населению в
рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи субъектом
здравоохранения районного
значения и села
Форма

Реестр оказанных услуг первичной медико-санитарной помощи*
период: с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ год

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

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Место печати (при наличии/ для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата "_____" _____ 20__ года

Примечание:

* данные формируются на основании введенных данных в ИС "АПП";

** сумма не влияет на оплату за отчетный период.

Таблица 4
к счет-реестру за оказание

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

**Реестр оказанных консультативно-диагностических услуг, не
включенных в**

**комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторной
поликлинической**

помощи *

период: с "___" _____ 20___ года по "___" _____ 20___ года

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

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата "_____" _____ 20___ года

П р и м е ч а н и е :

* данные формируются на основании введенных данных в ИС "АПП".

Таблица 5
к счет-реестру за оказание
медицинской помощи
прикрепленному населению в
рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи субъектом
здравоохранения районного
значения и села
Форма

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

субподрядчика*

период: с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года

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

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата "_____" _____ 20__ года

Примечание:

* данные формируются на основании введенных данных в ИС "АПП";

** сумма не влияет на оплату за отчетный период.

Таблица 6
к счет-реестру за оказание
медицинской помощи
прикрепленному населению в
рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи субъектом
здравоохранения районного
значения и села
Форма

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

субподрядчика*

период: с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года

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

Наименование субподрядчика _____ (по договору подряда от _____ № ____)			
в	т о м	ч и с л е :	
1) услуги по договору подряда, итого:			
по направлениям специалистов ПМСП, итого			
по экстренным показаниям, итого			
по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов субподрядчика (дополнительные услуги), итого			
2) услуги, не включенные в договор подряда, итого:			
по направлениям специалистов ПМСП, итого			
по экстренным показаниям, итого			
по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов субподрядчика (дополнительные услуги), итого			
ИТОГО			

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата " _____ " _____ 20__ года

П р и м е ч а н и е :

* данные формируются на основании введенных данных ИС "АПП";

** сумма не влияет на оплату за отчетный период, подлежит оплате

с у б п о д р я д ч и к а м

В

порядке и сроки определенные настоящими Правилами.

Таблица 7
 к счет-реестру за оказание
 медицинской помощи
 прикрепленному населению в
 рамках гарантированного
 объема бесплатной медицинской
 помощи субъектом
 здравоохранения районного
 значения и села

Реестр

**консультативно-диагностических услуг, оказанных детскому населению в
возрасте от 6**

до 17 лет включительно*

период: с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года

№ п/п	ИИН	Полный код услуги	Наименование услуги	Сумма, тенге**
1	2	3	4	5
ИТОГО				

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата "_____" _____ 20__ года

П р и м е ч а н и е :

* данные формируются на основании данных ИС "АИС Поликлиника";

** сумма не влияет на оплату за отчетный период.

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

Персонифицированный реестр

**выписанных больных, которым оказана стационарная и
стационарозамещающая**

помощь*

период: с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года

При оказании специализированной медицинской помощи в форме
 стационарной _____ и _____ (или)
 стационарозамещающей медицинской помощи

№ п/п	Профиль койки	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Повод обращения	Основной заключительный диагноз		Основная операция		Итого
							Код МКБ -10	Наименование	Код МКБ -9	Наименование	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1
Всего случаев по специализированной медицинской помощи _____, в том числе:											
итого стационарная помощь _____, в том числе:											
итого стационарозамещающая помощь _____, в том числе:											

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

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

Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата " _____ " _____ 20__ года

Примечание:

* данные формируются на основе введенных данных в ИС "ЭРСБ".

Таблица 9
 к счет-реестру за оказание
 медицинской помощи
 прикрепленному населению в
 рамках гарантированного
 объема бесплатной медицинской
 помощи субъектом
 здравоохранения районного
 значения и села
 Форма

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

период: с " ____ " _____ 20__ года по " ____ " _____ 20__ года

К о д медицинского оборудования	Наименование медицинского оборудования	Полный к о д услуги	Наименование услуги	Лизинговый платеж на 1 услугу, тенге	Количество услуг	Сумма лизингового платежа к оплате, тенге
1	2	3	4	5	6	7
ИТОГО						

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

/

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

/

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (при наличии/для счета-реестра на бумажном носителе)

Дата " ____ " _____ 20__ года

Приложение 53
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 85
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

Протокол

**исполнения договора на оказание гарантированного объема бесплатной
медицинской**

помощи субъектом здравоохранения районного значения и села период: с

" ____ "

20__ года по " ____ " _____ 20__ года

по Договору № ____ от " ____ " _____ 20__ года

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

				Подлежит к снятию и не	
					Принято к оплате

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате		подлежит оплате, в том числе частично		численность населения	сумма тенге
		численность населения	сумма тенге	количество случаев	сумма тенге		
1	Всего на оказание медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи сельскому населению, в том числе						
1.1	на оказание медицинской помощи						
1.2	на стимулирование работников организации, оказывающей первичной медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки						
1.3	на оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи						
1.4	за медицинское обслуживание школьников в организациях образования						

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

Код по Перечню	Наименование случая	Подлежит снятию и не подлежит оплате, в том числе частично	
		Количество случаев	Сумма, тенге
1	2	3	4
I.	Перечень случаев госпитализации с осложнениями за отчетный период, прошедших контроль качества и объема ТД ККМФД после оценки субъекта мониторинга и анализа ГОБМП, за исключением случаев с летальными исходами		
II.	Перечень летальных случаев за отчетный период и предыдущий период, прошедшие контроль ТД ККМФД		
III.	Перечень случаев за отчетный и предыдущие периоды, выявленных ТД ККМФД по результатам выборочных, внеплановых проверок и иных форм контроля, подлежащих частичной оплате и не подлежащих оплате за отчетный период		
	за прошедший период		
IV.	Перечень случаев госпитализации за отчетный период, прошедших контроль объема подлежащих частичной оплате и не подлежащих оплате ТД КОМУ		
ИТОГО			

в том числе на стимулирование работников за достигнутые индикаторы
к о н е ч н о г о
 результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП

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

Лизинговые платежи

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

Иные выплаты/вычеты

№ п/п	Основание	Согласно решения комиссии	
		Сумма выплаты, тенге	Сумма вычета, тенге
ИТОГО			
Всего предъявлено к оплате _____ тенге			

Всего принято к оплате _____
т е н г е

Председатель: _____
/ _____

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

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

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

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/
п о д п и с ь)
(для протокола на бумажном носителе)

/ _____

Приложение 54
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 86
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

**Акт выполненных работ (услуг), оказанных в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи субъектом здравоохранения
районного значения и села
№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года
период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____
года
по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года**

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Общая сумма Договора: _____ тенге
в том числе общая сумма выплаченного аванса: _____ тенге
в том числе общая сумма лизинговых платежей на текущий год: _____ тенге
Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): _____ тенге
в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: _____ тенге
Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): _____ тенге
в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: _____ тенге
Количество прикрепленного населения _____ человек
Базовый комплексный подушевой норматив АПП на одного прикрепленного человека,
з а р е г и с т р и р о в а н н о г о
в портале "РПН", в _____ месяц _____ тенге;
Половозрастной поправочный коэффициент _____;
Коэффициент плотности населения _____;
Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности _____;
Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона _____;

3	Своевременно диагностированный туберкулез легких						
4	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 1-2 стадии						
5	Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечнососудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)						
6	Обоснованные жалобы						

Лизинговые платежи

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

Иные выплаты/вычеты

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

Всего принято к оплате: _____ тенге, в том числе:
сумма на возмещение лизинговых платежей: _____ тенге;
удержанная сумма: _____ тенге, из них:
по результатам контроля качества и объема: _____ тенге;
за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом, не прошедшие
экспертизу качества и объема: _____ тенге;
за пролеченные случаи прошедшего периода с непредотвратимым летальным
и с х о д о м ,
прошедшие экспертизу качества и объема в отчетном периоде: _____
т е н г е ;
Сумма по решению комиссии снятая: _____ тенге / принятая: _____
— — т е н г е , в
Т о м ч и с л е :
в ы п л а т ы : _____ тенге,

вычеты: _____ тенге.

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса: _____ тенге;

Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит к удержанию в
следующий период:

_____ тенге;

Итого начислено к перечислению: _____ тенге;

в том числе возмещение лизинговых платежей: _____ тенге.

Заказчик: _____ (наименование заказчика) Адрес: _____ БИН: _____ ИИН: _____ БИК: _____ _____ (наименование бенефициара) Код: _____ КБЕ: _____ Руководитель: _____ _____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) /подпись) (для акта на бумажном носителе) Место печати (для акта на бумажном носителе)	Поставщик: _____ (наименование медицинской организации) Адрес: _____ БИН: _____ ИИН: _____ БИК: _____ Наименование банка: _____ _____ КБЕ: _____ Руководитель: _____ _____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) /подпись) (для акта на бумажном носителе) Место печати (при наличии/ для акта на бумажном носителе, при наличии)
---	---

Приложение 55
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 92-1
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

**Информация о распределении плановой суммы аванса
на оказание медицинских услуг
по договору № _____ от "___" _____ 20__ года**

(наименование субъекта здравоохранения)

**(наименование бюджетной программы в соответствии
с единой бюджетной классификацией)**

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

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

 /

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

 /

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

Приложение 56
 к Приказу Министра
 здравоохранения Республики
 Казахстан
 от 27 ноября 2017 года № 874
 Приложение 112
 к Правилам возмещения затрат
 организациям здравоохранения
 за счет бюджетных средств
 Форма

СЧЕТ-РЕЕСТР

по оказанию услуг и выдаче компонентов крови в рамках

гарантированного объема

**бесплатной медицинской за счет средств республиканского бюджета в
 виде целевых**

текущих трансфертов и средств местного бюджета

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

период с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____

год

по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

№	Наименование компонентов крови (Единица услуг)	Единица измерения	Стоимость, тенге	Количество	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6
	ИТОГО				

Итого к оплате _____ тенге

З а к а з ч и к	П о с т а в щ и к
_____ (наименование) Руководитель _____ / _____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для акта на бумажном носителе) Место печати (для акта на бумажном носителе)	_____ (наименование) Руководитель _____ / _____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для акта на бумажном носителе) Место печати (при наличии/для акта на бумажном носителе)

Приложение 57
к Приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 27 ноября 2017 года № 874
Приложение 113
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств
Форма

Протокол

**исполнения договора по оказанию услуг и выдаче компонентов крови
в рамках**

**гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет
средств**

**республиканского бюджета в виде целевых текущих трансфертов и
средств местного**

бюджета

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

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

№ п/п	Наименование	Наименование компонентов крови (услуг)	Предъявлено к оплате, тенге	Снято с оплаты*, тенге	Принято к оплате, тенге
А	1	2	3	4	5
	Всего				
1	за счет целевых текущих трансфертов из республиканского бюджета				
2	за счет средств местного бюджета				

П р и м е ч а н и е :

*снято с оплаты, в том числе частично, за отчетный и предыдущие периоды по результатам выборочных, внеплановых проверок и иных форм контроля ТД К К М Ф Д . А к т контроля качества и объема медицинской помощи прилагается. Иные выплаты/вычеты

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

Всего предъявлено к оплате _____ тенге
 Всего принято к оплате _____ тенге
 Председатель: _____ / _____

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

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

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

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

Ознакомлен: _____ / _____
 (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Место печати (для протокола на бумажном носителе)

Дата " _____ " _____ 20 ____ года.

Акт выполненных работ
по оказанию услуг и выдаче компонентов крови в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи за счет средств республиканского
бюджета в виде

целевых текущих трансфертов и средств местного бюджета
№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года
период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ год
по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование субъекта здравоохранения: _____
Наименование бюджетной программы: _____
Общая сумма по договору _____ тенге
Общая сумма выплаченного аванса _____ тенге
Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг) _____
_____ тенге

№	Наименование	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4
	Всего		
1	За счет целевых текущих трансфертов из республиканского бюджета		
2	За счет средств местного бюджета		

Всего к оплате: _____
_____ т е н г е
Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса _____
_____ т е н г е
Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит удержанию в следующий период _____
_____ т е н г е
Итого к перечислению _____
_____ тенге

--	--

З а к а з ч и к	П о с т а в щ и к
(наименование)	(наименование)
Руководитель _____ / _____	Руководитель _____ / _____
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для акта на бумажном носителе)	(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для акта на бумажном носителе)
Место печати (для акта на бумажном носителе)	Место печати (при наличии/для акта на бумажном носителе)

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