



О внесении изменений и дополнений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 марта 2018 года № 138 " Об утверждении Правил оплаты услуг субъектов здравоохранения и Правил оплаты стоимости фармацевтических услуг субъектам в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий"

Утративший силу

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 апреля 2019 года № ҚР ДСМ-23. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 10 апреля 2019 года № 18494. Утратил силу приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-210/2020.

Сноска. Утратил силу приказом Министра здравоохранения РК от 27.11.2020 № ҚР ДСМ-210/2020 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

В соответствии с подпунктами 6), 94) пункта 1 статьи 7, пунктом 3 статьи 25, подпунктом 1) пункта 3 статьи 32 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения", ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 марта 2018 года № 138 "Об утверждении Правил оплаты услуг субъектов здравоохранения и Правил оплаты стоимости фармацевтических услуг субъектам в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 16685, опубликован в Эталонном контрольном банке нормативных правовых актов Республики Казахстан 24 апреля 2018 года) следующие изменения и дополнения:

в Правилах оплаты услуг субъектов здравоохранения, утвержденных указанным приказом:

пункт 1 изложить в следующей редакции:

"1. Настоящие Правила оплаты услуг субъектов здравоохранения (далее – Правила) разработаны в соответствии с пунктом 3 статьи 25 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекс о здоровье) и определяют порядок оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) и в системе обязательного социального медицинского страхования (далее – ОСМС), закуп которых осуществляется в

соответствии с Правилами закупа услуг у субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 августа 2017 года № 591 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 15604) (далее – Правила закупа).";

пункты 2, 6 и 7 изложить в следующей редакции:

"2. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах:

1) фонд социального медицинского страхования (далее – фонд) – некоммерческая организация, производящая аккумулирование отчислений и взносов, а также осуществляющая закуп и оплату услуг субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в объемах и на условиях, предусмотренных договором закупа медицинских услуг, и иные функции, определенные законами Республики Казахстан;

2) текущий мониторинг – вид проведения мониторинга качества и объема, представляющего собой оценку качества и объемов медицинских услуг в текущем отчетном периоде, проводимого на регулярной основе в информационных системах и (или) путем посещения субъекта здравоохранения;

3) гарантированный компонент комплексного подушевого норматива амбулаторно-поликлинической помощи (далее – гарантированный компонент КПН АПП) – расчетная стоимость комплекса амбулаторно-поликлинических услуг, оказанных в форме первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) и консультативно-диагностическая помощь (далее – КДП) с учетом поправочных коэффициентов;

4) комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи (далее – КПН АПП) – стоимость комплекса амбулаторно-поликлинических услуг на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в информационной системе "Регистр прикрепленного населения" (далее – РПН) к субъекту ПМСП, состоящая из гарантированного компонента КПН АПП и стимулирующего компонента КПН;

5) субъект села – субъект здравоохранения районного значения и села, входящий в одну из следующих административно-территориальных единиц: город районного значения, район, сельский округ, село, поселок, и предоставляющий комплекс услуг населению, зарегистрированному в РПН;

6) гарантированный компонент комплексного подушевого норматива на сельское население – расчетная стоимость комплекса услуг, оказываемых сельскому населению, с учетом поправочных коэффициентов;

7) комплексный подушевой норматив на оказание услуг сельскому населению (далее – комплексный подушевой норматив на сельское население) –

стоимость комплекса услуг в расчете на одного сельского жителя, зарегистрированного в РПН, состоящая из гарантированного компонента комплексного подушевого норматива на сельское население и СКПН;

8) базовая ставка – расчетная стоимость комплекса услуг, взятых за единицу измерения;

9) комплексный тариф на одного онкологического больного – стоимость комплекса медицинских услуг в расчете на одного онкологического больного, зарегистрированного в информационной системе "Электронный регистр онкологических больных" (далее – ИС "ЭРОБ"), за исключением больных со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани и медицинской помощи детям в возрасте до восемнадцати лет, утвержденная уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье;

10) соисполнитель – субъект здравоохранения, включенный в базу данных, с которым поставщик заключил гражданско-правовой договор для исполнения части обязательств поставщика по договору закупа медицинских услуг;

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

12) уполномоченный орган в области здравоохранения (далее – уполномоченный орган) – центральный исполнительный орган, осуществляющий руководство и межотраслевую координацию в области охраны здоровья граждан, медицинской и фармацевтической науки, медицинского и фармацевтического образования, санитарно-эпидемиологического благополучия населения, обращения лекарственных средств и медицинских изделий, контроля за качеством медицинских услуг;

13) пролеченный случай – комплекс медицинских услуг, оказанных пациенту в стационарных и (или) стационарозамещающих условиях с момента поступления до выписки;

14) половозрастной поправочный коэффициент – коэффициент, учитывающий различия в уровне потребления медицинской помощи разными половозрастными категориями населения;

15) комплексный тариф на одного инфицированного вирусом иммунодефицита человека и (или) больного синдромом приобретенного иммунодефицита – стоимость комплекса медико-социальных услуг инфицированным вирусом иммунодефицита человека (далее – ВИЧ) и (или) больным синдромом приобретенного иммунодефицита (далее – СПИД) в расчете на одного ВИЧ-инфицированного и (или) больного СПИД, утвержденная уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье;

16) стимулирующий компонент комплексного подушевого норматива (далее – СКПН) – составляющая комплексного подушевого норматива, направленная на стимулирование работников субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП, на основе достигнутых индикаторов конечного результата в порядке, определенном приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 мая 2015 года № 429 "Об утверждении Правил поощрения работников организаций здравоохранения, участвующих в оказании комплекса мероприятий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11526) (далее – приказ № 429);

17) клиничко-затратные группы (далее – КЗГ) – клинически однородные группы заболеваний, сходные по затратам на их лечение;

18) поставщик – субъект здравоохранения, с которым фонд заключил договор закупа медицинских услуг в соответствии с Правилами закупа;

19) дефект оказания медицинской помощи (далее – дефект) – нарушение порядка оказания медицинской помощи, лечебно-диагностических мероприятий, выражающееся в необоснованном отклонении от стандартов в области здравоохранения и клинических протоколов;

20) медицинские услуги (далее – услуги) – действия субъектов здравоохранения, имеющие профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную или паллиативную направленность по отношению к конкретному человеку;

21) договор закупа медицинских услуг (далее – договор закупа услуг) – соглашение в письменной форме между фондом и субъектом здравоохранения, предусматривающее оказание медицинской помощи потребителям медицинских услуг;

22) мониторинг договорных обязательств по качеству и объему медицинской помощи, оказанной потребителям медицинских услуг (далее – мониторинг качества и объема медицинских услуг) – систематическая оценка обоснованности оказанных медицинских услуг и применение штрафных санкций при выявлении дефектов;

23) субъект ПМСП – субъект здравоохранения, оказывающий ПМСП и комплекс амбулаторно-поликлинических услуг прикрепленному населению, зарегистрированному в портале РПН;

24) целевой мониторинг – вид проведения мониторинга качества и объема, представляющего собой оценку качества и объема медицинских услуг по результатам текущего мониторинга и (или) по определенным фондом

тематическим направлениям, проводимого в соответствующих информационных системах и (или) путем посещения субъекта здравоохранения для профилактики и предотвращения нарушений;

25) комплексный тариф на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением психоактивных веществ – стоимость комплекса медико-социальных услуг больным с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением психоактивных веществ, в расчете на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением психоактивных веществ, зарегистрированного в подсистеме "Электронный регистр наркологических больных" (далее – ИС "ЭРНБ") ИС "ЭРДБ", утвержденная уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье;

26) комплексный тариф на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами – стоимость комплекса медико-социальных услуг больным с психическими и поведенческими расстройствами в расчете на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами, зарегистрированного в подсистеме "Электронный регистр психических больных" (далее – ИС "ЭРПБ") информационной системы "Электронный регистр диспансерных больных" (далее – ИС "ЭРДБ"), утвержденная уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье;

27) комплексный тариф на одного больного туберкулезом – стоимость комплекса медико-социальных услуг больным туберкулезом в расчете на одного больного туберкулезом, зарегистрированного в подсистеме "Национальный регистр больных туберкулезом" (далее – ИС "НРБТ") ИС "ЭРДБ", утвержденная уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса о здоровье;

28) республиканские организации здравоохранения – организации здравоохранения, находящиеся в ведении уполномоченного органа, организации здравоохранения автономной организации образования, организаций медицинского образования;

29) ретроспективный анализ – анализ на основе изучения медицинской документации пациентов, получивших медицинскую помощь на момент проведения экспертизы;

30) предельная цена на международное непатентованное наименование лекарственного средства или техническую характеристику медицинского изделия в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования – цена на международное непатентованное наименование лекарственного средства или техническую характеристику медицинского изделия, выше которой не может быть произведен закуп в рамках гарантированного объема бесплатной

медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования утвержденная уполномоченным органом согласно подпункту 20) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье;

31) тариф на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования (далее – тариф) – расчетная стоимость единицы услуги или комплекса медицинских услуг, утвержденная приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 сентября 2018 года № ҚР ДСМ-10 " Об утверждении тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 17353);

32) поправочные коэффициенты – коэффициенты, применяемые уполномоченным органом с целью корректировки тарифа в соответствии с Методикой формирования тарифов на медицинские услуги, утвержденной приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5946) (далее – Методика формирования тарифов);

33) стимулирующий компонент участковой службы (далее – СКУС) – доплата на стимулирование работников субъектов ПМСП, имеющих сертификат повышения квалификации кадров и внедривших в работе программу управления заболеваниями (далее – ПУЗ) с охватом не менее 10 % пациентов, нуждающихся в динамическом наблюдении с заболеваниями артериальной гипертензии (далее – АГ), хронической сердечной недостаточности (далее – ХСН), сахарным диабетом (далее – СД), и (или) прогрессивный подход по универсально-прогрессивной модели патронажной службы (далее – патронаж) с охватом не менее 10% беременных, родильниц, новорожденных и детей до пяти лет каждой категории;

34) линейная шкала оценки исполнения договора (далее – Линейная шкала) – механизм расчета суммы оплаты в случаях превышения месячной суммы договора закупа услуг без учета результатов мониторинга качества и объема;

35) коэффициент затратоемкости – коэффициент, определяющий степень затратности КЗГ к стоимости базовой ставки.

6. Оплата услуг осуществляется по тарифам на основании платежных документов: счет-реестр за оказанные услуги, протокол исполнения договора закупа услуг, акт оказанных услуг.

7. В случае превышения суммы, подлежащей к оплате за оказанные услуги, над суммой, предусмотренной по договору закупа услуг с поставщиком,

созданным в организационно-правовой форме государственного предприятия, оплата суммы превышения (увеличение расходов на коммунальные услуги, текущий ремонт зданий, сооружений и оборудования, прочие услуги) осуществляется по решению местного представительного органа из средств местного бюджета областей, города республиканского значения и столицы.";

пункт 13 изложить в следующей редакции:

"13. Мониторинг качества и объема медицинских услуг осуществляется путем:

1) оценки оказанных услуг, введенных поставщиком в информационные системы здравоохранения. По результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг в информационных системах здравоохранения подтверждаются или отклоняются дефекты, установленные автоматизированным способом, а также присваиваются иные выявленные дефекты;

2) посещения субъектов здравоохранения для изучения первичной медицинской документации на бумажных носителях, осуществления сверки данных, внесенных в информационные системы, с первичной медицинской документацией и иных мероприятий в целях обеспечения мер по исполнению условий договора закупа услуг.

Для проведения мониторинга качества и объема медицинских услуг фонд, при необходимости, привлекает независимых экспертов.

Независимые эксперты привлекаются в случаях:

1) необходимости подтверждения надлежащего качества медицинской помощи при рассмотрении летальных случаев, пролеченных случаев с редкими заболеваниями, узкоспециализированными в клиническом плане пролеченных случаев, пролеченных случаев с осложнениями, а также при оплате услуг за фактически понесенные расходы;

2) проведения планового, тематического (целевого) мониторинга оказанных медицинских услуг;

3) участия фонда в судебных делах.";

пункт 14 изложить в следующей редакции:

"14. Поставщик в течение 3 (трех) рабочих дней, с момента запроса фондом медицинской документации, предоставляет в адрес фонда запрашиваемые документы на бумажном носителе или электронную сканированную копию документов. Запрос фондом осуществляется официальным письмом.

Медицинская документация, направленная поставщиком в фонд, подлежит возврату в адрес поставщика в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента завершения мониторинга качества и объема медицинских услуг. Копии документов на бумажном носителе или электронная сканированная копия документов не подлежат возврату в адрес поставщика.";

пункт 18 изложить в следующей редакции:

"18. Внеплановый мониторинг поставщика проводится в случаях:

1) получения фондом информации о возможных нарушениях поставщиком условий договора закупа услуг или требований нормативных правовых актов Республики Казахстан в области здравоохранения;

2) выявления возможных случаев нарушения требований нормативных правовых актов в области здравоохранения поставщиком по результатам проведения мониторинга качества и объема другого поставщика;

3) выявления фактов предоставления или ввода поставщиком в информационные системы недостоверных, неполных, некачественно исполненных документов или некорректных данных по формам и отчетам, предусмотренных настоящими Правилами и Правилам закупа, в том числе содержащихся в представленных платежных документах;

4) поступления от поставщика обращения о несогласии с результатами мониторинга качества и объема, когда объективное рассмотрение обращения невозможно без посещения поставщика;

5) поступления жалоб, обращений от потребителей медицинских услуг на деятельность поставщика или качество оказанных им медицинских услуг в рамках договора закупа услуг;

6) проведения целевого мониторинга по результатам текущего мониторинга качества и объема медицинских услуг;

7) проведения мониторинга исполнения условий договора закупа услуг.";

пункт 20 изложить в следующей редакции:

"20. По результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг фондом формируется экспертное заключение на каждый случай смерти (летального исхода) по форме согласно приложению 2 к настоящим Правилам, за исключением случаев материнской смертности.

Ведомство уполномоченного органа по осуществлению государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг предоставляет в фонд результаты экспертизы случаев материнской смертности с формированием экспертного заключения на каждый случай материнской смертности по форме согласно приложению 2 к настоящим Правилам в срок не позднее 5 (пяти) рабочих дней с момента завершения экспертизы.

Результаты экспертизы случаев материнской смертности учитываются при мониторинге качества и объема медицинских услуг.";

пункты 21 и 22 исключить;

пункты 23, 24 и 25 изложить в следующей редакции:

"23. Акт мониторинга качества и объема медицинских услуг по видам и формам медицинской помощи формируется фондом не позднее 5 (пяти) рабочих дней, следующих за днем завершения отчетного периода.

24. По результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг выявляются дефекты оказания медицинской помощи, являющиеся основанием для применения штрафных санкций путем уменьшения фондом суммы, подлежащей оплате поставщику, в соответствии с единым классификатором дефектов по формам, видам медицинской помощи и видам медицинской деятельности согласно приложению 4-1 к настоящим Правилам (далее – Единый классификатор дефектов).

25. Результаты мониторинга качества и объема отражаются в реестрах услуг, прошедших мониторинг качества и объема медицинских услуг по каждой форме и (или) профилю медицинской помощи, на основании которых формируется сводный акт мониторинга качества и объема медицинских услуг.

По результатам текущего мониторинга качества и объема медицинских услуг фондом ежеквартально осуществляется оценка деятельности поставщиков для выработки мероприятий по дальнейшему мониторингу качества и объема медицинских услуг.";

дополнить пунктом 25-1 следующего содержания:

"25-1. При поступлении жалоб, обращений от потребителей медицинских услуг на деятельность поставщика или качество оказанных им медицинских услуг в рамках договора закупа услуг, поставщик в течении 1 (одного) календарного дня представляет в фонд необходимую информацию по запросу.";

пункт 33 изложить в следующей редакции:

"33. Оказанные услуги, в том числе случаи с летальными исходами, по которым не завершён мониторинг качества и объема медицинских услуг в текущем отчетном периоде, не отражаются в акте оказанных услуг, и оплата по ним осуществляется после завершения мониторинга качества и объема медицинских услуг в последующих отчетных периодах.

Оплата за оказанные услуги, указанные в части первой настоящего пункта, не принятые к оплате в течении действия договора закупа услуг в связи с проведением мониторинга качества и объема медицинских услуг, производится в году, следующем за годом действия договора закупа услуг.";

пункт 34 исключить;

пункт 40 изложить в следующей редакции:

"40. Суммы штрафных санкций, удержанные по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг, неустойки, уплаченные поставщиками в

соответствии с условиями договора закупа услуг в системе ОСМС подлежат использованию для оплаты услуг по оказанию медицинской помощи услуг в период действия договора закупа услуг.";

дополнить пунктом 40-1 следующего содержания:

"40-1. Суммы штрафных санкций, удержанные по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг в рамках ГОБМП, подлежат использованию для оплаты услуг по оказанию медицинской помощи в период действия договора закупа услуг.

Неустойки, начисленные в соответствии с условиями договора закупа услуг в рамках ГОБМП, подлежат зачислению поставщиками в доход республиканского бюджета в период действия договора закупа услуг.";

пункт 41 изложить в следующей редакции:

"41. Суммы штрафных санкций, удержанные по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг, неустойки, уплаченные поставщиками в соответствии с условиями договора закупа услуг по оказанию амбулаторно-поликлинической помощи в системе ОСМС, подлежат использованию для оплаты услуг по тем же формам предоставления медицинской помощи в период действия договора закупа услуг.";

дополнить пунктом 41-1 следующего содержания:

"41-1. Суммы штрафных санкций, удержанные по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг, в соответствии с условиями договора закупа услуг по оказанию амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи в рамках ГОБМП, подлежат использованию для оплаты услуг по тем же формам предоставления медицинской помощи в период действия договора закупа услуг.";

дополнить пунктом 42-1 следующего содержания:

"42-1. При реализации пилотных проектов по тестированию тарифов оплата услуг осуществляется в порядке, предусмотренном пунктами 3 – 6, 12 – 41-1 настоящих Правил.";

пункт 45 изложить в следующей редакции:

"45. Оплата за оказанные услуги соисполнителя осуществляется поставщиками по тарифам, не превышающим размеры тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП и в системе ОСМС за исключением оказанных услуг соисполнителя при оказании медико-социальной помощи (больным туберкулезом, лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями) и больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией.";

дополнить пунктом 49-1 следующего содержания:

"49-1. Сумма оплаты за оказание АПП субъектам ПМСП по КПН АПП за отчетный период уменьшается на сумму удержания за превышение норматива

прикрепления граждан к одному врачу общей практики, предусмотренного пунктом 8 приказа Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 281 "Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи и Правил прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11268).

Сумма удержания рассчитывается по формуле расчета суммы удержания за превышение норматива прикрепления граждан к одному врачу общей практики согласно приложению 5-1 к настоящим Правилам.";

пункт 50 изложить в следующей редакции:

"50. При оплате услуг за оказание АПП для субъектов ПМСП предусматриваются:

затраты на обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина для субъектов ПМСП, обслуживающих прикрепленное население с заболеванием фенилкетонурия.

По решению местного органа государственного управления здравоохранением области, города республиканского значения и столицы (далее – УЗ) допускается определение субъектов ПМСП для централизованного обеспечения лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина.

В целях оплаты отпуск лечебных низкобелковых продуктов и продуктов с низким содержанием фенилаланина регистрируется в информационной системе "Лекарственное обеспечение" (далее – ИС "ЛО").";

пункт 54 изложить в следующей редакции:

"54. При осуществлении процесса оплаты СИ в ИС "ЕПС" вводит и подтверждает данные по соисполнителям и оказываемым ими консультативно-диагностическим услугам (далее – КДУ) в соответствии с заключенными договорами соисполнения.";

пункт 55 изложить в следующей редакции:

"55. Для проведения оплаты при автоматизированном формировании счет-реестра за оказание амбулаторно-поликлинической помощи по форме согласно приложению 6 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр АПП) и корректного расчета суммы, предъявляемой к оплате, поставщик обеспечивает:

1) ежедневный ввод сведений по графику приема и расписание врачей, записи на прием к врачу, активы и вызова на дом в модуле "Регистратура" автоматизированной информационной системы "Амбулаторно-поликлиническая помощь" (далее – АИС "АПП");

2) ежедневную персонифицированную регистрацию в автоматизированной информационной системе "Поликлиника" (далее - АИС "Поликлиника"), оказанных амбулаторно-поликлинических услуг населению специалистами ПМСП и КДП по формам № 025/у, № 025-5/у, № 025-8/у и № 025-7/у первичной медицинской документации, утвержденных приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6697) (далее – приказ № 907);

3) ежедневный ввод внешних направлений на КДУ в АИС "Поликлиника" по форме № 001-4/у первичной медицинской документации, утвержденной приказом № 907;

4) ежедневный ввод отпуска адаптированных заменителей грудного молока в ИС "ЛО";

5) ввод и подтверждение данных по заключенным договорам соисполнения в модуле "Платежная система" ИС "ЕПС" в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней со дня их заключения;

6) формирование в ИС "ЕПС" протокола исполнения договора соисполнения на оказание КДУ прикрепленному населению поставщика, акта оказанных услуг КДП по договору соисполнения прикрепленному населению поставщика;

7) ввод данных, необходимых для выплаты СКПН и СКУС, расчет и распределение которого осуществляется в соответствии с настоящим параграфом ;

8) на основании первичных бухгалтерских документов за отчетный период формирование в ИС "ЕПС" информации о:

структуре доходов при оказании амбулаторно-поликлинической помощи поставщиком, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 7 к настоящим Правилам;

структуре расходов при оказании амбулаторно-поликлинической помощи поставщиком, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 8 к настоящим Правилам;

дифференцированной оплате труда работников при оказании амбулаторно-поликлинической помощи поставщиком, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 9 к настоящим Правилам;

повышении квалификации и переподготовке кадров при оказании амбулаторно-поликлинической помощи поставщиком, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 10 к настоящим Правилам;

распределении плановой суммы аванса при оказании амбулаторно-поликлинической помощи по форме согласно приложению 11 к настоящим Правилам;

9) ввод данных, необходимых для формирования отчетов, указанных в подпункте 7) настоящего пункта, осуществляется в срок до 30 (тридцатого) числа месяца, следующего за отчетным периодом.

В случае отсутствия в ИС "ЕПС" информации, предусмотренной подпунктом 7) настоящего пункта, формирование счет-реестра за оказание АПП за текущий отчетный период поставщику не производится до введения указанной информации.

Поставщик по запросу фонда предоставляет копии первичных бухгалтерских документов, на основании которых осуществлено формирование информации, указанной в подпункте 7) настоящего пункта.";

пункт 56 изложить в следующей редакции:

"56. По результатам ввода в ИС данные становятся доступными фонду и СИ в пределах функций и полномочий, определенных настоящими Правилами для ежедневного мониторинга качества и объема медицинских услуг, анализа и оценки с целью принятия управленческих решений фондом в рамках его компетенции.";

пункт 58 изложить в следующей редакции:

"58. Протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию амбулаторно-поликлинической помощи формируется фондом по форме согласно приложению 12 к настоящим Правилам (далее - протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию АПП) в ИС "ЕПС" в ручном или автоматизированном режиме, в котором учитываются результаты достижения поставщиком индикаторов конечного результата, рассчитанных в автоматизированном режиме в информационной системе "Дополнительный компонент к тарифу первичной медико-санитарной помощи" (далее – ИС "ДКПН").";

пункт 59 изложить в следующей редакции:

"59. По результатам мониторинга качества и объема амбулаторно-поликлинической помощи формируются:

1) реестр услуг амбулаторно-поликлинической помощи, прошедших текущий мониторинг по форме согласно приложению 14 к настоящим Правилам;

2) реестр услуг амбулаторно-поликлинической помощи, прошедших целевой мониторинг по форме согласно приложению 14-1 к настоящим Правилам;

3) акт мониторинга качества и объема медицинских услуг амбулаторно-поликлинической помощи по форме согласно приложению 15 к настоящим Правилам;

4) реестр услуг скорой медицинской помощи, прошедших текущий мониторинг по форме согласно приложению 54 к настоящим Правилам;

5) реестр услуг скорой медицинской помощи, прошедших целевой мониторинг по форме согласно приложению 54-1 к настоящим Правилам;

6) акт мониторинга качества и объема медицинских услуг скорой медицинской помощи по форме согласно приложению 55 к настоящим Правилам";

пункты 62 и 63 исключить;

пункт 66 изложить в следующей редакции:

"66. Оплата суммы СКПН и СКУС субъектам ПМСП и субъектам села осуществляется фондом в соответствии с Методикой формирования тарифов в автоматизированном режиме ежемесячно до 10 (десятого) числа месяца, следующего за отчетным:

1) СКУС до уровня персонала территориальных участков ПМСП в ИС "ЕПС"

;

2) СКПН до уровня субъектов и территориальных участков ПМСП в ИС "ДКПН".";

пункт 67 исключить;

пункты 68 и 69 изложить в следующей редакции:

"68. Для оплаты СКПН субъектам ПМСП и субъектам села ведомство уполномоченного органа по государственному контролю в сфере оказания медицинских услуг и его территориальные подразделения обеспечивают:

1) в информационной системе "Система управления качеством медицинских услуг" (далее – ИС "СУКМУ"):

в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней, следующих за днем завершения отчетного периода, ввод данных по обращениям физических лиц (жалоб) среди прикрепленного населения на деятельность субъекта ПМСП и субъекта села с указанием их обоснованности в разрезе субъектов ПМСП и субъектов села;

2) в ИС "ДКПН":

в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней, следующих за днем завершения отчетного периода, регистрацию всех случаев материнской смертности, произошедших в течение отчетного периода (за исключением несчастных случаев) и предотвратимых на уровне ПМСП, а также сведения об участии указанных случаев в расчете суммы СКПН по результатам мониторинга качества и объема;

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

69. По субъектам ПМСП и субъектам села в ИС "ДКПН" фонд обеспечивает:

1) ввод и подтверждение данных по утвержденным плановым годовым суммам СКПН и численности населения на текущий финансовый год по каждой области, столице, городу республиканского значения;

2) ввод и подтверждение данных помесячного распределения годовой суммы СКПН на уровне региона;

3) ввод и подтверждение установленного целевого значения по каждому индикатору конечного результата, представленного уполномоченным органом по согласованию с УЗ каждой области, столице, городу республиканского значения;

4) ежемесячное (в начале отчетного периода) установление критерия распределения суммы СКПН свыше 150 (ста пятидесяти) тенге в расчете на 1 (одного) прикрепленного жителя:

по населению;

по населению и баллам;

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

5) проведение предварительного (до закрытия отчетного периода) автоматизированного расчета значений индикаторов конечного результата и сумм СКПН за отчетный период по каждому региону, в разрезе субъектов ПМСП и субъектов села;

6) подтверждение закрытия отчетного периода в срок не позднее 10 (десятого) числа месяца, следующего за днем завершения отчетного периода. Закрытие отчетного периода приостанавливается при наличии нераспределенных случаев по субъектам ПМСП в разрезе участков, к которым прикреплено население. Изменение внесенных данных за исключением фонда, со дня подтверждения закрытия отчетного периода не допускаются;

7) снятие подтверждения о закрытии 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;

8) принятие к оплате оказанных услуг в текущем отчетном месяце при наличии в отчетном периоде факта превышения суммы СКПН в расчете на одного прикрепленного жителя свыше 150 (ста пятидесяти) тенге по субъекту ПМСП и субъекту села. При этом данный алгоритм применяется в течение 1 (одного) квартала;

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

10) перечисление суммы СКПН субъектам ПМСП и субъектам села по итогам оценки достигнутых индикаторов конечного результата за отчетный период;

11) формирование итогов оценки достигнутых конечных результатов деятельности в разрезе субъектов ПМСП и субъектов села и направление в УЗ для сведения;

12) в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней, следующих за днем завершения отчетного периода, регистрацию всех случаев детской смертности от 7 (семи) дней до 5 (пяти) лет, произошедших в течение отчетного периода (за исключением несчастных случаев) и предотвратимых на уровне ПМСП, а также сведения об участии указанных случаев в расчете суммы СКПН по результатам мониторинга качества и объема;

13) сведения о случаях, не участвующих в расчете суммы СКПН в отчетном периоде в связи с незавершенным мониторингом качества и объема по случаям детской смертности от 7 (семи) дней до 5 (пяти) лет, произошедших в течение отчетного периода (за исключением несчастных случаев) и предотвратимых на уровне ПМСП.>";

дополнить пунктом 70-1 следующего содержания:

"70-1. Для формирования платежных документов на оплату СКПН субъектам ПМСП и субъектам села в ИС "ДКПН" УЗ обеспечивает внесение до закрытия отчетного периода корректив по отнесению спорных случаев, влияющих на значение индикаторов конечного результата (за исключением случаев материнской смертности), к конкретным субъектам ПМСП и села на основании протокольного решения комиссии, созданной при УЗ по согласованию с субъектами ПМСП и села.>";

абзац первый пункта 71 изложить в следующей редакции:

"71. Субъект ПМСП для формирования платежных документов обеспечивает:";

дополнить пунктом 72-6 следующего содержания:

"72-6. Фонд на основании акта сверки осуществляет корректировку суммы договора закупа услуг в связи с изменением суммы СКУС с учетом фактических выплат, доплат работникам ПМСП путем заключения дополнительного соглашения к договору закупа услуг.>";

пункт 79 изложить в следующей редакции:

"79. По результатам мониторинга качества и объема услуг АПП формируются:

1) реестр оказанных консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, прошедших текущий мониторинг по форме согласно приложению 24 к настоящим Правилам;

2) реестр оказанных консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической

помощи, прошедших целевой мониторинг по форме согласно приложению 24-1 к настоящим Правилам;

3) акт мониторинга качества и объема консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, по форме согласно приложению 25 к настоящим Правилам.";

пункты 84 и 89 изложить в следующей редакции:

"84. Оплата поставщикам за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи осуществляется по тарифам:

1) за один пролеченный случай по КЗГ с учетом коэффициента затратноемкости;

2) за один пролеченный случай по фактическим расходам по перечню заболеваний, операций и манипуляций;

3) за один койко-день;

4) за один пролеченный случай по расчетной средней стоимости;

5) за один пролеченный случай по медико-экономическим тарифам.

89. Для автоматизированного формирования в ИС "СУКМУ" счет-реестра за оказание специализированной медицинской помощи и высокотехнологичных медицинских услуг по форме согласно приложению 26 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр за оказание стационарной и стационарозамещающей помощи) и корректного расчета суммы, предъявляемой к оплате, поставщик обеспечивает в ИС, в том числе в информационной системе "Электронный регистр стационарных больных" (далее - ИС "ЭРСБ"):

1) ежедневный ввод и подтверждение данных по формам № 003/у, № 096/у и № 097/у первичной медицинской документации, утвержденным приказом № 907.

После подтверждения правильности ввода данные в ИС "ЭРСБ" не подлежат корректировке, за исключением случаев ввода результатов гистологических и патоморфологических исследований;

2) формирование не позднее 1 (одного) рабочего дня после дня выписки пациента из стационара статистических карт выбывшего из стационара по формам № 066/у, № 066-1/у, № 066-2/у, № 066-3/у и № 027/у первичной медицинской документации, утвержденным приказом № 907;

3) ввод данных, необходимых для формирования следующих отчетов, в срок до 30 (тридцатого) числа месяца, следующего за отчетным периодом информации о:

структуре расходов за оказанную специализированную медицинскую помощь и высокотехнологичные медицинские услуги по форме согласно приложению 27 к настоящим Правилам;

дифференцированной оплате труда работников за оказанную специализированную медицинскую помощь и высокотехнологичные медицинские услуги по форме согласно приложению 28 к настоящим Правилам;

распределении плановой суммы аванса на оказание специализированной медицинской помощи и высокотехнологичных медицинских услуг по форме согласно приложению 29 к настоящим Правилам;

повышении квалификации и переподготовке кадров за оказанную специализированную медицинскую помощь и высокотехнологичные медицинские услуги по форме согласно приложению 30 к настоящим Правилам.

В случае отсутствия в ИС "ЭРСБ" информации, предусмотренной подпунктом 3) части первой настоящего пункта, формирование счет-реестра за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи за текущий отчетный период поставщику не производится до введения указанной информации.

Поставщик по запросу фонда предоставляет копии первичных бухгалтерских документов, на основании сформировавшейся информации, указанной в подпункте 3) части первой настоящего пункта.";

в пункте 95:

подпункт 10) изложить в следующей редакции:

"10) за обеспечение комплектом по уходу за младенцем (аптечка новорожденного);";

пункт 95 дополнить абзацем 11) следующего содержания:

"11) на услуги, оказанные больным инфекционными заболеваниями на койках инфекционного профиля.";

дополнить пунктом 95-1 следующего содержания:

"95-1. Фонд по летальным случаям при оказании стационарной и стационарозамещающей помощи прикрепляет в ИС "СУКМУ" в сканированном варианте экспертное заключение на каждый случай смерти (летального исхода) по форме согласно приложению 2 к настоящим Правилам.";

пункт 96 изложить в следующей редакции:

"96. По результатам мониторинга качества и объема стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи формируются:

1) реестр случаев госпитализации за отчетный период, подлежащих оплате по форме согласно приложению 36 к настоящим Правилам;

2) реестр случаев госпитализации, прошедших текущий мониторинг, по форме согласно приложению 37 к настоящим Правилам;

3) реестр случаев госпитализации, прошедших целевой мониторинг, по форме согласно приложению 38 к настоящим Правилам;

4) акт мониторинга качества и объема медицинских услуг стационарной и стационарозамещающей помощи по форме согласно приложению 43 к настоящим Правилам;

5) реестр случаев госпитализаций, подлежащих и не подлежащих оплате, в том числе частично по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг по форме согласно приложению 46 к настоящим Правилам.";

пункт 107 изложить в следующей редакции:

"107. Оплата за услуги гемодиализа в условиях дневного стационара производится по тарифам за фактически оказанные сеансы пациентам, зарегистрированным в информационной системе "Хроническая почечная недостаточность" (далее - ИС "ХПН").";

пункты 111 и 112 изложить в следующей редакции:

"111. Оплата за операции по перечню случаев, подлежащих оплате за фактически понесенные расходы, согласно приложению 49 к настоящим Правилам, производится по фактическим расходам по следующим статьям расходов:

1) заработная плата;

2) налоги или иные обязательные платежи в бюджет, обязательные профессиональные пенсионные взносы, уплачиваемые в соответствии с законодательством Республики Казахстан о пенсионном обеспечении, социальные отчисления, уплачиваемые в соответствии с Законом Республики Казахстан "Об обязательном социальном страховании", отчисления на обязательное социальное медицинское страхование, уплачиваемые в соответствии с Законом Республики Казахстан "Об обязательном социальном медицинском страховании";

3) питание;

4) лекарственные средства, медицинские изделия (далее – МИ);

5) медицинские услуги по тарифам;

б) коммунальные расходы, исчисляемые по фактическим затратам на коммунальные и прочие расходы поставщика в предыдущем месяце в пересчете на одного пациента.

При оплате за фактически понесенные расходы лекарственные средства и МИ оплачиваются по их фактической (закупочной) стоимости, не превышающей предельных цен, поставщик вводит в информационные системы фактическую (закупочную) стоимость лекарственных средств и МИ с предоставлением подтверждающих документов на указанную стоимость.

При проведении операции по перечню случаев, подлежащих оплате за фактически понесенные расходы, оплата за оказание услуги по подготовке трупа к мультиорганному забору органов и/или тканей от одного трупа с

целью трансплантации осуществляется один раз. В случае предъявления к оплате услуги по подготовке трупа к мультиорганному забору органов и/или тканей от того же трупа другим субъектом здравоохранения, оплата не осуществляется.

112. По перечню случаев, подлежащих оплате по стоимости клинико-затратных групп с оплатой дополнительных расходов, согласно приложению 50 к настоящим Правилам, оплата осуществляется путем суммирования:

1) стоимости пролеченного случая, которая оплачивается по КЗГ основного диагноза или операции по тарифам;

2) стоимости лекарственных средств и МИ, которая оплачивается по фактической (закупочной) стоимости, не превышающей предельных цен, устанавливаемых уполномоченным органом;

3) стоимости медицинских услуг, оплачиваемых по тарифам.";

пункты 113 и 114 изложить в следующей редакции:

"113. Оплата за услуги гемодиализа в условиях круглосуточного стационара больным с хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии, являющейся основным или сопутствующим диагнозом, производится по КЗГ основного диагноза или операции и с оплатой стоимости оказанных сеансов по тарифам.

114. Оплата за услуги гемодиализа в условиях круглосуточного стационара при тяжелых случаях заболеваний, осложненных острой почечной недостаточностью, которая не купировалась медикаментозной терапией, производится по КЗГ основного диагноза или операции и с оплатой стоимости оказанных сеансов по тарифам.";

пункт 116 изложить в следующей редакции:

"116. Оплата за осложненное течение беременности и родов в условиях круглосуточного стационара по перечню случаев, подлежащих оплате по стоимости клинико-затратных групп с оплатой дополнительных расходов, согласно приложению 50-1 к настоящим Правилам осуществляется с учетом принципов регионализации по стоимости КЗГ основного диагноза или операции с оплатой дополнительных расходов на лекарственные средства и МИ.

Оплата за услуги альбуминового и перитонеального диализов в условиях круглосуточного стационара производится по КЗГ основного диагноза или операций и с оплатой стоимости оказанных сеансов по тарифам.

Организациям здравоохранения оплачиваются затраты на расходные материалы, выданные пациенту для самостоятельного проведения перитонеального диализа на дому по накладной, прикрепленной в сканированном виде в ИС "ЭРСБ".";

пункт 117 исключить;

пункт 118 изложить в следующей редакции:

"118. Фонд, в случае неэффективности проводимой терапии в условиях круглосуточного стационара и обоснованного предоставления больному по жизненным показаниям, лекарственных средств и МИ, не входящих в условия настоящих Правил, оплачивает данные дополнительные затраты за пролеченный случай и отражает в протоколе исполнения договора закупа услуг по оказанию стационарной и стационарозамещающей помощи в порядке, предусмотренном пунктом 30 настоящих Правил.

Оплата дополнительных затрат осуществляется на основании:

1) письменного обращения поставщика с приложением документов, подтверждающих предъявленные затраты за предоставление больному дополнительных лекарственных средств и МИ, не входящих в условия настоящих Правил, которое направляется в фонд не позднее 15 (пятнадцатого) числа месяца, следующего за отчетным периодом;

2) акта сверки, подписанного должностными лицами фонда и поставщика;

3) результатов мониторинга качества и объема об обоснованности предоставления пациенту дополнительных лекарственных средств и МИ, не входящих в условия настоящих Правил;

4) положительного заключения комиссии об обоснованности дополнительных затрат на лекарственные средства и МИ, создаваемой фондом. В состав комиссии включаются представители уполномоченного органа и фонда.>";

пункты 119, 120, 121 и 126 изложить в следующей редакции:

"119. Оплата медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани, которым в условиях круглосуточного стационара проведена химиотерапия, осуществляется по КЗГ основного диагноза или операций и с оплатой по фактическим затратам стоимости химиопрепаратов, не превышающей ее предельную цену.

120. При лечении острых форм злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной ткани и депрессии кроветворения, первичная госпитализация круглосуточного стационара оплачивается по стоимости за пролеченный случай по КЗГ основного диагноза или операции с оплатой стоимости химиопрепаратов по фактическим затратам, оплата последующих госпитализаций производится по тридцатипроцентной стоимости пролеченного случая по КЗГ основного диагноза или операции с оплатой по фактическим затратам стоимости химиопрепаратов, не превышающей их предельную цену.

121. Поставщикам, применяющим высокодозную химиотерапию при лечении острых форм злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной ткани и депрессии кроветворения, при последующих госпитализациях круглосуточного стационара оплачивается по семидесятипятипроцентной

стоимости пролеченного случая по КЗГ основного диагноза или операции с оплатой по фактическим затратам стоимости химиопрепаратов, не превышающей их предельную цену, кроме случаев проведения операции по трансплантации костного мозга. Лечение пациентов со 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 оплатой по фактическим затратам стоимости химиопрепаратов, не превышающей их предельную цену.

126. Оплата медицинских услуг, оказываемых детям с онкологическими заболеваниями на уровне круглосуточного стационара за лечение по блокам (схемам), длительность лечения и стоимость полного курса лечения конкретной нозологии, включая стационарозамещающую помощь осуществляется по медико-экономическим тарифам.";

пункт 127 исключить;

пункты 129 и 130 изложить в следующей редакции:

"129. 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 фондом привлекает соисполнителей путем передачи им части своих обязательств по оказанию услуг. Оплата оказанных услуг соисполнителей осуществляется в соответствии с пунктом 45 настоящих Правил.

130. Для нозологий, имеющих этап амбулаторного лечения, лекарственные средства выдаются по завершению курса стационарного лечения, при этом, оплата стоимости выданных пациенту лекарственных средства осуществляется на основании прикрепленной в сканированном виде в ИС "ЭРСБ" накладной, за исключением лекарственных средств, входящих в Перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения для обеспечения граждан, в том числе отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями) бесплатными и (или) льготными лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и специализированными лечебными продуктами на амбулаторном уровне, утвержденный приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 августа 2017 года № 666 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 15724) (далее – приказ № 666).";

пункты 136 и 144 изложить в следующей редакции:

"136. По результатам мониторинга качества и объема услуг скорой медицинской помощи, формируются:

- 1) реестр услуг скорой медицинской помощи, прошедших текущий мониторинг по форме согласно приложению 54 к настоящим Правилам;
- 2) реестр услуг скорой медицинской помощи, прошедших целевой мониторинг по форме согласно приложению 54-1 к настоящим Правилам;
- 3) акт мониторинга качества и объема медицинских услуг скорой медицинской помощи по форме согласно приложению 55 к настоящим Правилам

144. По результатам мониторинга качества и объема услуг по транспортировке квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом формируются:

1) реестр услуг, связанных с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом, прошедших текущий мониторинг по форме согласно приложению 63 к настоящим Правилам;

2) реестр услуг, связанных с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом, прошедших целевой мониторинг по форме согласно приложению 63-1 к настоящим Правилам;

3) акт мониторинга качества и объема услуг по транспортировке квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом, по форме согласно приложению 64 к настоящим Правилам.";

пункты 148, 152 и 154 изложить в следующей редакции:

"148. Оплата услуг, оказанных субъектами села осуществляется по комплексному подушевому нормативу на сельское население (далее – КПН на сельское население), который включает в себя:

1) обеспечение комплекса услуг сельскому населению в формах ПМСП, КДП, стационарозамещающей и стационарной медицинской помощи, включая оказание медицинской помощи обучающимся организациям среднего образования, не относящихся к интернатным организациям, круглосуточной неотложной медицинской помощи прикрепленному населению для обслуживания 4 категории срочности вызовов, обеспечение специализированными лечебными продуктами по перечню услуг, затраты по которым учитываются при оплате за оказанный комплекс амбулаторно-поликлинических услуг субъектами здравоохранения городского значения и субъектами здравоохранения районного значения и села по комплексному подушевому нормативу согласно приложению 5 к настоящим Правилам;

2) стимулирование работников ПМСП;

3) стимулирование работников субъектов ПМСП, имеющих сертификат повышения квалификации кадров и внедривших в работе ПУЗ и (или) патронаж.

152. При оплате услуг сельскому населению для субъектов села предусматриваются:

1) затраты на обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина для субъектов села, обслуживающих прикрепленное население с заболеванием фенилкетонурия;

2) затраты на обеспечение при выписке из круглосуточного стационара родильницы с живым новорожденным стоимости комплекта по уходу за младенцем (аптечка новорожденного).

Отпуск лечебных низкобелковых продуктов и продуктов с низким содержанием фенилаланина, комплектов по уходу за младенцем (аптечка новорожденного) регистрируется в ИС "ЛО".

Фонд на основании акта сверки осуществляет корректировку суммы договора закупа услуг в связи с изменением количества лиц, получивших комплект по уходу за младенцем (аптечку новорожденного) и лиц с заболеванием фенилкетонурия, прикрепленных к субъекту села.

154. Для оплаты и автоматизированного формирования в ИС "ЕПС" счета-реестра за оказание медицинской помощи сельскому населению по форме согласно приложению 65 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр за оказание услуг сельскому населению) и корректного расчета суммы, предъявляемой к оплате, субъект села обеспечивает:

1) ежедневный ввод сведений по графику приема и расписание врачей, записи на прием к врачу, активы и вызова на дом в модуле "Регистратура" ИС "АПП";

2) ежедневную персонифицированную регистрацию в АИС "Поликлиника", оказанных амбулаторно-поликлинических услуг населению специалистами ПМСП и КДП по формам № 025/у, № 025-7/у и № 025-8/у первичной медицинской документации, утвержденным приказом № 907;

3) ежедневный ввод внешних направлений на КДУ в АИС "Поликлиника" по форме № 001-4/у, утвержденной приказом № 907;

4) ежедневный ввод отпуска адаптированных заменителей грудного молока в ИС "ЛО";

5) ввод и подтверждение в модуле "Платежная система" ИС "ЕПС" данных по договорам соисполнения в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней со дня их заключения;

6) формирование в ИС "ЕПС" протокола исполнения договора соисполнения на оказание КДУ прикрепленному населению поставщика, акта оказанных услуг АПП по договору соисполнения прикрепленному населению поставщика;

7) ввод данных, необходимых для выплаты СКПН и СКУС, расчет и распределение которого осуществляется в порядке, определенном параграфом 1 главы 1 подраздела 2 раздела 2 настоящих Правил;

8) формирование в ИС "ЕПС" информации за отчетный период на основании первичных бухгалтерских документов о:

структуре доходов при оказании медицинской помощи субъектом села по форме согласно приложению 66 к настоящим Правилам;

структуре расходов при оказании медицинской помощи субъектом села по форме согласно приложению 67 к настоящим Правилам;

структуре доходов и расходов при оказании медицинской помощи субъектом села по форме согласно приложению 68 настоящим Правилам;

дифференцированной оплате труда работников при оказании медицинской помощи субъектом села по форме согласно приложению 69 к настоящим Правилам;

повышении квалификации и переподготовке кадров при оказании медицинской помощи субъектом села по форме согласно приложению 70 к настоящим Правилам;

распределении плановой суммы аванса при оказании медицинской помощи субъектом села по форме согласно приложению 71 к настоящим Правилам;

9) ввод данных, необходимых для формирования отчетов, указанных в подпункте 7) настоящего пункта, осуществляется в срок до 30 (тридцатого) числа месяца, следующего за отчетным периодом;

10) ввод данных в ИС "ДКПН" в соответствии с параграфом 1 главы 1 подраздела 2 раздела 2 настоящих Правил;

11) ежедневный ввод и подтверждение данных в ИС "ЭРСБ" по формам № 003/у, № 096/у, № 097/у первичной медицинской документации, утвержденным приказом № 907. Введенные данные после их подтверждения не подлежат корректировке, за исключением случаев ввода в ИС "ЭРСБ" результатов гистологических и патоморфологических исследований;

12) формирование выписного эпикриза в ИС "ЭРСБ", в срок не позднее дня следующего за днем выписки пациента из стационара;

13) формирование по результатам ввода данных в ИС "ЭРСБ" из медицинских карт статистическую карту выбывшего из стационара (формы № 066/у, № 066-1/у, № 066-2/у, № 066-3/у и № 027/у первичной медицинской документации, утвержденные приказом № 907).

В случае отсутствия в ИС "ЕПС" информации, предусмотренной подпунктом 7) настоящего пункта, формирование счет-реестра за оказание услуг сельскому населению за текущий отчетный период субъекту села не производится до введения указанной информации.

Субъект села по запросу фонда предоставляет копии первичных бухгалтерских документов на основании которой осуществлено формирование информации, указанной в подпункте 7) настоящего пункта.";

пункты 155 и 157 изложить в следующей редакции:

"155. Фонд по субъектам села:

1) в ИС "СУКМУ" вводит результаты экспертизы качества стационарной и стационарозамещающей помощи;

2) в ИС "ЕПС" прикрепляет в сканированном варианте экспертное заключение на каждый случай смерти (летального исхода) стационарных больных по форме согласно приложению 2 к настоящим Правилам.

157. По результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг, оказанных сельскому населению, формируются:

1) реестр услуг амбулаторно-поликлинической помощи, прошедших текущий мониторинг по форме согласно приложению 14 к настоящим Правилам;

2) реестр услуг амбулаторно-поликлинической помощи, прошедших целевой мониторинг по форме согласно приложению 14-1 к настоящим Правилам;

3) акт мониторинга качества и объема медицинских услуг амбулаторно-поликлинической помощи по форме согласно приложению 15 к настоящим Правилам;

4) реестр услуг скорой медицинской помощи, прошедших текущий мониторинг по форме согласно приложению 54 к настоящим Правилам;

5) реестр услуг скорой медицинской помощи, прошедших целевой мониторинг по форме согласно приложению 54-1 к настоящим Правилам;

6) акт мониторинга качества и объема медицинских услуг скорой медицинской помощи по форме согласно приложению 55 к настоящим Правилам ;

7) реестр случаев госпитализаций, прошедших текущий мониторинг по форме согласно приложению 37 к настоящим Правилам;

8) реестр случаев госпитализаций, прошедших целевой мониторинг по форме согласно приложению 38 к настоящим Правилам;

9) акт мониторинга качества и объема медицинских услуг стационарной и стационарозамещающей помощи по форме согласно приложению 43 к настоящим Правилам.";

пункты 160 и 161 исключить;

пункт 163 изложить в следующей редакции:

"163. Оплата услуг поставщиков – областных, региональных, городских онкологических организаций и онкологических отделений многопрофильных клиник (далее – онкодиспансер) осуществляется в пределах суммы, предусмотренной договором закупа услуг:

1) по комплексному тарифу на одного онкологического больного за оказание комплекса медицинских услуг в соответствии с Методикой формирования тарифов, онкологическим больным в возрасте 18 лет и старше, страдающим

злокачественными новообразованиями (по кодам МКБ-10 С00-С80, С97, С81-С85), за исключением услуг, предусмотренных подпунктами 2) – 8) настоящего пункта;

2) за обеспечение химиопрепаратами онкологических больных - по фактической (закупочной) стоимости химиопрепаратов, не превышающей их предельную цену;

3) за оказание сеансов лучевой терапии онкологическим больным, за исключением высокотехнологичных медицинских услуг – по тарифам;

4) по перечню услуг/операций по кодам МКБ-9 оказываемые в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи онкологическим больным согласно приложению 79-1 к настоящим Правилам – по тарифам за один пролеченный случай по КЗГ с учетом коэффициента затратоемкости;

5) за оказание специализированной медицинской помощи в 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 с учетом коэффициента затратоемкости (по кодам МКБ-10 С00-С80, С81-С85, С97) за исключением услуг/операций согласно приложению 79-1 к настоящим Правилам;

6) за оказание паллиативной помощи мобильными бригадами онкологическим больным IV клинической группы с отягощающей сопутствующей патологией, не позволяющей проводить специфическое лечение - по тарифам, утвержденном уполномоченным органом;

7) за проведение международных телеконсультаций биообразцов опухолей через систему телепатологии – по тарифам;

8) за проведение молекулярно-генетической и молекулярно-биологической диагностики – по тарифам.";

абзац четвертый пункта 172 изложить в следующей редакции:

"3) подтверждения данных об использованных в отчетном периоде химиопрепаратах онкологическим больным, включая таргетные препараты, на всех этапах лечения.";

пункт 173 изложить в следующей редакции:

"173. Ввод в ИС "ЭРОБ" данных по фактическому использованию химиопрепаратов онкологическим больным осуществляется врачом химиотерапевтом онкодиспансера в соответствии со схемой применения химиопрепаратов с учетом фактической (закупочной) стоимости химиопрепаратов, не превышающей их предельную цену.";

пункты 176, 177 и 178 изложить в следующей редакции:

"176. По результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг, оказанных онкодиспансером формируются:

1) реестр случаев госпитализаций, прошедших текущий мониторинг по форме согласно приложению 37 к настоящим Правилам;

2) реестр случаев госпитализаций, прошедших целевой мониторинг по форме согласно приложению 38 к настоящим Правилам;

3) акт мониторинга качества и объема медицинских услуг стационарной и стационарозамещающей помощи по форме согласно приложению 43 к настоящим Правилам;

4) реестр случаев госпитализаций, подлежащих и не подлежащих оплате, в том числе частично по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг всеми участниками по форме согласно приложению 46 к настоящим Правилам.

177. Фонд по умершим онкологическим больным прикрепляет в ИС "ЭРОБ" в сканированном варианте экспертное заключение на каждый случай смерти (летального исхода) по форме согласно приложению 2 к настоящим Правилам.

178. В случае снятия с учета в ИС "ЭРОБ" онкологических больных по причине смерти, дата смерти которых зарегистрирована в прошедшем отчетном периоде, оплата осуществляется в отчетном периоде с учетом снятия суммы, рассчитанной за каждый календарный день нахождения онкологического больного на учете со дня регистрации даты его смерти по комплексному тарифу на одного онкологического больного в день и штрафных санкций по перечню дефектов в соответствии с Единым классификатором дефектов.";

пункты 182 и 184 изложить в следующей редакции:

"182. Онкодиспансер с целью обеспечения доступности и качества медицинской помощи онкологическим больным (больным с предраковыми заболеваниями, направленным на верификацию диагноза) привлекает соисполнителя для оказания медицинской помощи онкологическим больным. Оплата за оказанные услуги соисполнителя осуществляется по заключенному с соисполнителем договору в соответствии с гражданским законодательством, в пределах суммы договора закупа услуг:

1) за оказанные КДУ – по тарифам;

2) за оказание специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи онкологическим больным (больным с предраковыми заболеваниями, направленным на верификацию диагноза) – по тарифам за один пролеченный случай по КЗГ с учетом коэффициента затратоемкости (по кодам МКБ-10 C00-C80, C81-C85, C97).

184. Оплата за оказание высокотехнологичных медицинских услуг осуществляется по тарифам.

Оплата за проведение лучевой терапии на амбулаторном уровне осуществляется за фактически оказанные сеансы лучевой терапии по тарифам. При этом, поставщик обеспечивает пациентов проживанием в пансионате за счет стоимости лучевой терапии.";

пункт 185 изложить в следующей редакции:

"185. Оплата за оказание паллиативной помощи и сестринского ухода онкологическим больным IV клинической группы с отягощающей сопутствующей патологией, не позволяющей проводить специфическое лечение, осуществляется по тарифу за один койко-день, за исключением услуг мобильных бригад.";

в пункте 186:

подпункт 2) изложить в следующей редакции:

"2) за обеспечение противотуберкулезными препаратами в соответствии с лекарственным формуляром медицинских организаций по фактической (закупочной) стоимости противотуберкулезных препаратов, не превышающей их предельную цену и в соответствии с приказом № 666.";

пункт 188 изложить в следующей редакции:

"188. Сумма оплаты за оказание медико-социальной помощи по комплексному тарифу на одного больного туберкулезом противотуберкулезным диспансерам за отчетный период определяется путем умножения комплексного тарифа на одного больного туберкулезом на среднесписочную численность активных больных туберкулезом за отчетный период.

Среднесписочная численность активных больных туберкулезом за отчетный период определяется путем суммирования численности больных туберкулезом, зарегистрированных в ИС "НРБТ" за каждый календарный день отчетного периода и деления полученной суммы на число календарных дней месяца.";

абзац первый пункта 192 изложить в следующей редакции:

"192. Регистрация (перерегистрация) постановки на учет больных туберкулезом, осуществляется противотуберкулезным диспансером ежедневно в автоматизированном режиме в ИС "НРБТ" на основании медицинской карты больного туберкулезом формы № ТБ 01/у или формы ТБ 01/у – категория IV. Регистрация снятия с учета активного больного туберкулезом осуществляется противотуберкулезным диспансером в автоматизированном режиме в ИС "НРБТ" на основании:";

абзац десятый пункта 193 изложить в следующей редакции:

"В случае отсутствия в ИС "ЭРОБ" информации, предусмотренной подпунктом 3) части первой настоящего пункта, формирование счет-реестра за

оказание медико-социальной помощи больным за текущий отчетный период поставщику не производится до введения указанных данных.";

пункт 194 изложить в следующей редакции:

"194. В случае снятия с учета в ИС "НРБТ" активных больных туберкулезом по причине смерти, дата смерти которых зарегистрирована в прошедшем отчетном периоде, оплата осуществляется в отчетном периоде с учетом снятия суммы, рассчитанной за каждый календарный день нахождения активного больного туберкулезом на учете со дня регистрации даты его смерти по комплексному тарифу на одного больного туберкулезом в день и штрафных санкций по перечню дефектов в соответствии с Единым классификатором дефектов.";

пункт 195 изложить в следующей редакции:

"195. Штрафные санкции за несвоевременное снятие с учета активного больного туберкулезом и несвоевременную регистрацию сведений о смерти больного туберкулезом в ИС "НРБТ" не применяются в отношении посмертно зарегистрированных туберкулезных больных, а также больных туберкулезом умерших до 1 января 2018 года.";

пункт 198 изложить в следующей редакции:

"198. По результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг, оказанных противотуберкулезным диспансером формируются:

1) реестр случаев госпитализаций, прошедших текущий мониторинг по форме согласно приложению 37 к настоящим Правилам;

2) реестр случаев госпитализаций, прошедших целевой мониторинг по форме согласно приложению 38 к настоящим Правилам;

3) акт мониторинга качества и объема медицинских услуг стационарной и стационарозамещающей помощи по форме согласно приложению 43 к настоящим Правилам;

4) реестр случаев госпитализаций, подлежащих и не подлежащих оплате, в том числе частично по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг всеми участниками по форме согласно приложению 46 к настоящим Правилам.";

пункты 202 и 208 изложить в следующей редакции:

"202. Оплата услуг поставщиков – областных, городских центров по профилактике и борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита (далее - центры по профилактике и борьбе со СПИД) осуществляется:

1) по комплексному тарифу на одного ВИЧ-инфицированного и (или) больного СПИД;

2) за обеспечение антиретровирусными препаратами в соответствии с лекарственным формуляром медицинских организаций по фактической (

закупочной) стоимости антиретровирусных препаратов, не превышающей их предельную цену и в соответствии с приказом № 666.

Оплата республиканской организации здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь в форме консультативно-диагностической помощи, осуществляется по тарифу за оказание одной медицинской услуги, утвержденному уполномоченным органом.

208. Расчет суммы, предъявляемой центром по профилактике и борьбе со СПИД к оплате за отчетный период и отражаемой в счете-реестре за оказание медико-социальной помощи при ВИЧ/СПИД, обеспечивается на основании:

1) регистрации (перерегистрации) постановки на учет и снятия с учета ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД;

2) регистрации обеспеченных рецептов антиретровирусных препаратов в ИС "ЛО".";

пункт 213 изложить в следующей редакции:

"213. Мониторинг качества и объема центров по профилактике и борьбе со СПИД осуществляется 1 (один) раз в полугодие путем посещения поставщика. По результатам мониторинга качества и объема, фондом осуществляется удержание суммы оплаты в текущем периоде, по нарушениям, выявленным в текущем и прошедших периодах в размере одного комплексного тарифа на одного ВИЧ-инфицированного и (или) больного СПИД за каждое нарушение.

По результатам мониторинга качества и объема формируются:

1) реестр оказанных консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, прошедших текущий мониторинг по форме согласно приложению 24 к настоящим Правилам;

2) реестр оказанных консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, прошедших целевой мониторинг по форме согласно приложению 24-1 к настоящим Правилам;

3) акт мониторинга качества и объема консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, по форме согласно приложению 25 к настоящим Правилам.

В случае снятия с учета в текущем отчетном периоде ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД по причине смерти, дата смерти которых зарегистрирована в прошедшем отчетном периоде, оплата осуществляется со снятием суммы за несвоевременную регистрацию смерти пациента. Сумма снятия с оплаты за несвоевременную регистрацию рассчитывается за каждый календарный день нахождения на учете ВИЧ-инфицированным и (или) больным

СПИД со дня регистрации даты его смерти по комплексному тарифу в день и штрафных санкций по перечню дефектов в соответствии с Единым классификатором дефектов.";

дополнить пунктом 213-1 следующего содержания:

"213-1. При оплате штрафные санкции за несвоевременное снятие с учета и несвоевременную регистрацию сведений о смерти ВИЧ-инфицированного и (или) больного СПИД не применяются в отношении посмертно зарегистрированных ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД, а также ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД умерших до 1 января 2018 года.";

пункт 220 изложить в следующей редакции:

"220. Ежемесячная сумма оплаты психиатрическим организациям за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями) определяется путем умножения комплексного тарифа на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами на среднесписочную численность больных с психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) за отчетный период.

Среднесписочная численность больных с психическими и поведенческими расстройствами за отчетный период рассчитывается путем суммирования численности больных с психическими и поведенческими расстройствами, зарегистрированных в ИС "ЭРПБ" за каждый календарный день отчетного периода и деления полученной суммы на число календарных дней в месяце данного отчетного периода.";

пункт 223 изложить в следующей редакции:

"223. Регистрация (перерегистрация) постановки на учет лиц, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями) осуществляется психиатрическими организациями ежедневно в автоматизированном режиме в ИС "ЭРПБ" на основании:

1) форм № 030-2/у, № 25/у первичной медицинской документации, утвержденных приказом № 907;

2) письменного согласия пациента (или его законного представителя) на медицинское обследование;

3) прибытия лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями) из иной административно-территориальной единицы Республики Казахстан, установленного на основании уведомления другой психиатрической организации о переводе пациента в связи со сменой места жительства, а также прибывших из зарубежных стран граждан Республики Казахстан, оралманов, иностранцев и лиц без гражданства на постоянное место жительства в Республики Казахстан с ранее установленными психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями).";

часть третью пункта 226 изложить в следующей редакции:

"В случае отсутствия в ИС "ЭРОБ" информации, предусмотренной подпунктом 3) части первой настоящего пункта, формирование счет-реестра за оказание медико-социальной помощи при психических расстройствах за текущий отчетный период не производится до введения указанных данных.";

пункт 228 изложить в следующей редакции:

"228. По результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг, оказанных психиатрическим центром формируются:

1) реестр случаев госпитализаций, прошедших текущий мониторинг, по форме согласно приложению 37 к настоящим Правилам;

2) реестр случаев госпитализаций, прошедших целевой мониторинг, по форме согласно приложению 38 к настоящим Правилам;

3) акт мониторинга качества и объема медицинских услуг стационарной и стационарозамещающей помощи по форме согласно приложению 43 к настоящим Правилам;

4) реестр случаев госпитализаций, подлежащих и не подлежащих оплате, в том числе частично по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг всеми участниками по форме согласно приложению 46 к настоящим Правилам.

В случае снятия с учета лица, страдающего психическими расстройствами (заболеваниями) в текущем отчетном периоде по причине смерти, дата смерти которых зарегистрирована в прошедшем отчетном периоде, оплата осуществляется со снятием суммы за несвоевременную регистрацию смерти пациента.

Сумма снятия с оплаты за несвоевременную регистрацию рассчитывается за каждый календарный день нахождения на учете лица, страдающего психическими расстройствами (заболеваниями), со дня регистрации даты его смерти по комплексному тарифу в день и штрафных санкций по перечню дефектов в соответствии с Единым классификатором дефектов.";

дополнить пунктом 228-1 следующего содержания:

"228-1. При оплате штрафные санкции за несвоевременное снятие с учета и несвоевременную регистрацию сведений о лицах, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями) не применяются в отношении посмертно зарегистрированных лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), а также лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями) умерших до 1 января 2018 года.";

пункт 235 изложить в следующей редакции:

"235. Сумма ежемесячной оплаты наркологическим организациям за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и

токсикоманией определяется путем умножения комплексного тарифа на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ на среднесписочную численность больных с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ, за отчетный период.

Среднесписочная численность больных с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ, за отчетный период рассчитывается путем суммирования численности больных с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ, зарегистрированных в ИС "РНБ" за каждый календарный день отчетного периода и деления полученной суммы на число календарных дней в месяце данного отчетного периода.";

абзац первый пункта 239 изложить в следующей редакции:

"239. Ежедневно осуществляется регистрация (перерегистрация) постановки на учет больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией в автоматизированном режиме в ИС "ЭРНБ" на основании:";

абзац первый пункта 240 изложить в следующей редакции:

"240. Регистрация снятия с учета больного алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией в автоматизированном режиме в ИС "ЭРНБ" на основании:";

пункт 242 изложить в следующей редакции:

"242. Наркологическая организация на основании первичных бухгалтерских документов в срок до 30 (тридцатого) числа месяца, следующего за отчетным периодом, вводит в ИС "ЭРОБ" следующие отчеты за предыдущий отчетный период, содержащие информацию о:

1) структуре доходов при оказании медицинских услуг по форме согласно приложению 81 к настоящим Правилам;

2) структуре расходов при оказании медицинских услуг по форме согласно приложению 82 к настоящим Правилам;

3) дифференцированной оплате работников по форме согласно приложению 83 к настоящим Правилам;

4) повышении квалификации и переподготовке кадров по форме согласно приложению 84 к настоящим Правилам;

5) распределении плановой суммы аванса на оказание медицинских услуг по форме согласно приложению 85 к настоящим Правилам.";

пункт 244 изложить в следующей редакции:

"244. По результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг, оказанных наркологической организацией формируются:

1) реестр случаев госпитализаций, прошедших текущий мониторинг, по форме согласно приложению 37 к настоящим Правилам;

2) реестр случаев госпитализаций, прошедших целевой мониторинг, по форме согласно приложению 38 к настоящим Правилам;

3) акт мониторинга качества и объема медицинских услуг стационарной и стационарозамещающей помощи по форме согласно приложению 43 к настоящим Правилам;

4) реестр случаев госпитализаций, подлежащих и не подлежащих оплате, в том числе частично по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг всеми участниками по форме согласно приложению 46 к настоящим Правилам.";

дополнить пунктом 244-1 следующего содержания:

"244-1. В случае снятия с учета в текущем отчетном периоде больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией по причине смерти, дата смерти которых зарегистрирована в прошедшем отчетном периоде, оплата осуществляется со снятием суммы за несвоевременную регистрацию смерти пациента.

Сумма снятия с оплаты за несвоевременную регистрацию рассчитывается за каждый календарный день нахождения на учете больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией со дня регистрации даты его смерти по комплексному тарифу в день и штрафных санкций по перечню дефектов в соответствии с Единым классификатором дефектов.

При оплате штрафные санкции за несвоевременное снятие с учета и несвоевременную регистрацию сведений о смерти больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией не применяются в отношении посмертно зарегистрированных больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, а также больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией умерших до 1 января 2018 года фондом.";

пункт 248 изложить в следующей редакции:

"248. Оплата услуг лабораторной диагностики осуществляется по тарифам, за исключением:

1) услуг, оплачиваемых в соответствии с параграфом 1 главы 1 подраздела 2 раздела 2 настоящих Правил;

2) услуг, оплачиваемых в соответствии с главой 2 подраздела 2 раздела 2 настоящих Правил кроме случаев, указанных в пункте 111 и в перечне случаев, подлежащих оплате за фактически понесенные расходы согласно приложению 49 к настоящим Правилам.";

пункт 256 изложить в следующей редакции:

"256. По результатам мониторинга качества и объема услуг патологоанатомической диагностики формируются:

1) реестр услуг патологоанатомической диагностики, прошедших мониторинг по форме согласно приложению 110 к настоящим Правилам;

2) акт мониторинга качества и объема патологоанатомической диагностики по форме согласно приложению 111 к настоящим Правилам.";

пункты 260 и 261 изложить в следующей редакции:

"260. Оплата поставщикам услуг по заготовке, переработке, хранению и реализации крови и ее компонентов, производству препаратов крови (далее - центр крови) осуществляется за выданные субъектам здравоохранения компоненты и препараты крови по тарифам.

Оплата услуг центров крови по обеспечению лабораторного сопровождения трансплантации органов и тканей в соответствии с Положением об организациях здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере службы крови, утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 декабря 2011 года № 931 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 7404) осуществляется по тарифам.

261. Сумма оплаты центрам крови за услуги по заготовке, переработке, хранению и реализации крови и ее компонентов, производству препаратов крови определяется путем умножения размера тарифов на количество компонентов и препаратов крови, выданных субъектам здравоохранения в рамках ГОБМП и в системе ОСМС.";

пункт 264 изложить в следующей редакции:

"264. По результатам мониторинга качества и объема услуг по заготовке, переработке, хранению и реализации крови и ее компонентов, производству препаратов крови формируются:

1) реестр услуг по заготовке, переработке, хранению и реализации крови и ее компонентов, производству препаратов крови, прошедших текущий мониторинг, по форме согласно приложению 116 к настоящим Правилам;

2) реестр услуг по заготовке, переработке, хранению и реализации крови и ее компонентов, производству препаратов крови, прошедших целевой мониторинг, по форме согласно приложению 116-1 к настоящим Правилам;

3) акт мониторинга качества и объема услуг по заготовке, переработке, хранению и реализации крови и ее компонентов, производству препаратов крови по форме согласно приложению 117 к настоящим Правилам.";

раздел 2 дополнить подразделом 6 следующего содержания:

"Подраздел 6. Возмещение затрат за лечение пациента с привлечением зарубежных специалистов

268. Оплата услуг за оказание медицинской помощи в условиях отечественных медицинских организаций пациенту с привлечением зарубежных

специалистов по основаниям в соответствии с Правилами направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж за счет бюджетных средств, утвержденных приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 июня 2015 года № 544 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11795) (далее – Правила направления граждан на лечение за рубеж), производится по фактическим расходам по следующим статьям расходов:

1) заработная плата;

2) налоги или иные обязательные платежи в бюджет, обязательные профессиональные пенсионные взносы, уплачиваемые в соответствии с законодательством Республики Казахстан о пенсионном обеспечении, социальные отчисления, уплачиваемые в соответствии с Законом Республики Казахстан "Об обязательном социальном страховании", отчисления на обязательное социальное медицинское страхование, уплачиваемые в соответствии с Законом Республики Казахстан "Об обязательном социальном медицинском страховании";

3) питание;

4) лекарственные средства, МИ;

5) медицинские услуги по тарифам;

6) услуги зарубежных специалистов;

7) коммунальные расходы, исчисляемые по фактическим затратам на коммунальные и прочие расходы поставщика в предыдущем месяце в пересчете на одного пациента.

При этом, стоимость пролеченного случая не превышает стоимость, определяемую с учетом представленного фондом анализа случаев направления в зарубежные медицинские организации по данному заболеванию за последний отчетный финансовый год в порядке, определенном Правилами направления граждан на лечение за рубеж.

В случае отсутствия по данной нозологии направленных больных в зарубежные медицинские организации, стоимость пролеченного случая по заболеванию определяется на основании анализа ценовых предложений не менее двух зарубежных медицинских организаций, предоставляемого фондом, и программы лечения.

269. Основанием для оплаты услуг является протокольное решение комиссии по направлению граждан Республики Казахстан на лечение в зарубежные медицинские организации за счет бюджетных средств о проведении лечения пациента с привлечением зарубежных специалистов.

270. Автоматизированный учет договоров закупок услуг по оказанию медицинской помощи пациенту с привлечением зарубежных специалистов, а

также дополнительных соглашений к ним, осуществляется фондом в ИС "СУКМУ" согласно пункту 88 настоящих Правил.

271. Автоматизированное формирование платежных документов и оплата услуг по оказанию медицинской помощи пациенту с привлечением зарубежных специалистов, осуществляется согласно пунктам 89 – 92, 96 – 99 настоящих Правил.

272. При направлении пациента на трансплантацию костного мозга или стволовых гемопоэтических клеток (далее - ТКМ) Договор закупа услуг предусматривает поэтапную оплату услуг за один пролеченный случай и включает:

1) Этап 1 - поиск донора:

оплата за запуск поиска донора в размере 70% от стоимости костного мозга или стволовых гемопоэтических клеток. Основанием для оплаты является договор отечественной организации с международным регистром по поиску донора для проведения необходимых исследований для поиска, подбора и активации донора в международном регистре доноров;

окончательная оплата по этапу 1 осуществляется после доставки костного мозга для проведения ТКМ в отечественной медицинской организации.

2) Этап 2 – оплата за проведение ТКМ.:";

приложение 1 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему Перечню;

приложения 3 и 4 исключить;

дополнить приложением 4-1 согласно приложению 2 к настоящему Приказу;

приложение 5 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 3 к настоящему Приказу;

дополнить приложением 5-1 согласно приложению 4 к настоящему Приказу;

приложения 6, 7, 8, 9 и 12 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложениям 5, 6, 7, 8 и 9 к настоящему Приказу;

приложение 13 исключить;

приложение 14 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 10 к настоящему Приказу;

дополнить приложением 14-1 согласно приложению 11 к настоящему Приказу;

приложение 15 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 12 к настоящему Приказу;

приложение 16 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 13 к настоящему Приказу;

приложения 17, 18, 19 и 23 исключить;

приложение 22 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 14 к настоящему Приказу;

приложение 24 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 15 к настоящему Перечню;

дополнить приложением 24-1 согласно приложению 16 к настоящему Приказу;

приложения 25, 26 и 31 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложениям 17, 18 и 19 к настоящему Приказу;

приложение 34 исключить;

приложение 35 исключить;

приложения 36, 37 и 38 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложениям 20, 21 и 22 к настоящему Приказу;

приложения 39, 40, 41 и 42 исключить;

приложение 43 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 23 к настоящему Приказу;

приложения 44 и 45 исключить;

приложения 46 и 47 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложениям 24 и 25 к настоящему Приказу;

приложения 49 и 50 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложениям 26 и 27 к настоящему Приказу;

дополнить приложением 50-1 согласно приложению 28 к настоящему Приказу;

приложение 53 исключить;

приложение 54 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 29 к настоящему Приказу;

дополнить приложением 54-1 согласно приложению 30 к настоящему Приказу;

приложение 55 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 31 к настоящему Приказу;

приложение 62 исключить;

приложение 63 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 32 к настоящему Приказу;

дополнить приложением 63-1 согласно приложению 33 к настоящему Приказу;

приложение 64 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 34 к настоящему Приказу;

приложения 65, 66, 67, 69 и 72 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложениям 35, 36, 37, 38 и 39 к настоящему Приказу;

приложения 73, 74, 75, 76, 77 и 78 исключить;

приложение 79 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 40 к настоящему Приказу;

дополнить приложением 79-1 согласно приложению 41 к настоящему Приказу;

приложения 80 и 86 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложениям 42 и 43 к настоящему Приказу;

приложение 87 исключить;

приложения 88, 89, 90 и 91 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложениям 44, 45, 46 и 47 к настоящему Приказу;

приложения 92 и 94 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложениям 48 и 49 к настоящему Приказу;

приложения 96, 97 и 98 исключить;

приложение 99 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 50 к настоящему Приказу;

приложения 101, 102, 103, 104, 105 и 106 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложениям 51, 52, 53, 54, 55 и 56 к настоящему Приказу;

приложение 109 исключить;

приложения 110 и 111 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложениям 57 и 58 к настоящему Приказу;

приложение 115 исключить;

приложение 116 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 59 к настоящему Приказу;

дополнить приложением 116-1 согласно приложению 60 к настоящему Приказу;

приложение 117 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложению 61 к настоящему Приказу.

2. Департаменту координации обязательного социального медицинского страхования Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством порядке обеспечить:

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

2) в течение десяти календарных дней со дня государственной регистрации настоящего приказа направление его копии в бумажном и электронном виде на казахском 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 после его официального опубликования;

4) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа представление в Департамент юридической службы 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 за исключением абзацев:

третьего, четвертого, девяносто седьмого – сто первого, сто четвертого – сто двадцать первого, сто тридцать пятого – сто тридцать девятого, сто девяносто третьего – сто девяносто пятого, двести девятого – двести двадцать второго, двести двадцать шестого – двести тридцатого, двести пятьдесят седьмого – двести восемьдесят восьмого, триста четвертого – триста тринадцатого, триста тридцать второго, триста тридцать третьего, триста тридцать седьмого – триста тридцать девятого, триста сорок шестого, триста сорок седьмого, триста шестьдесят девятого – триста семьдесят третьего, триста восемьдесят девятого – триста девяносто третьего, четыреста одиннадцатого – четыреста четырнадцатого, четыреста тридцать второго – четыреста пятьдесят первого, четыреста пятьдесят седьмого, четыреста шестьдесят второго, четыреста шестьдесят восьмого, четыреста семьдесят пятого, четыреста семьдесят шестого, четыреста восемьдесят пятого, четыреста восемьдесят восьмого, четыреста восемьдесят девятого, четыреста девяносто первого, четыреста девяносто пятого пункта 1 настоящего приказа, которые вводятся в действие с 1 января 2019 года;

триста пятьдесят четвертого – триста шестьдесят первого, четыреста девяносто второго и четыреста девяносто четвертого пункта 1 настоящего приказа, которые вводятся в действие с 1 февраля 2019 года;

сорок четвертого – пятьдесят второго, пятьдесят шестого – восьмидесятого, сто двадцать второго, сто двадцать третьего, сто двадцать шестого – сто тридцать третьего, сто сорокового – сто шестьдесят пятого, сто семидесятого – сто семьдесят четвертого, сто девяносто шестого – двести шестого, двести тридцать первого – двести тридцать седьмого, двести сорок восьмого – двести пятьдесят шестого, двести восемьдесят девятого – триста второго, триста восемнадцатого – триста двадцать пятого, триста сорок четвертого, триста сорок пятого, триста сорок восьмого – триста пятьдесят третьего, триста шестьдесят второго – триста шестьдесят восьмого, триста восемьдесят первого – триста восемьдесят восьмого, четыреста пятого – четыреста десятого, четыреста девятнадцатого – четыреста двадцать второго, четыреста двадцать седьмого – четыреста тридцать первого,

четыре́ста пятьдеся́т второ́го – четы́ре ста пятьдеся́т пято́го, четы́ре ста пятьдеся́т восьмо́го – четы́ре ста ше́стьдеся́т перво́го, четы́ре ста ше́стьдеся́т тре́тьего – четы́ре ста ше́стьдеся́т се́дьмого, четы́ре ста ше́стьдеся́т де́вятого – четы́ре ста се́мьдеся́т че́твертого, четы́ре ста се́мьдеся́т се́дьмого – четы́ре ста во́семьдеся́т че́твертого, четы́ре ста во́семьдеся́т ше́стого, четы́ре ста во́семьдеся́т се́дьмого, четы́ре ста де́вяно́стого, четы́ре ста де́вяно́сто тре́тьего, четы́ре ста де́вяно́сто ше́стого – пятьсо́т перво́го пу́нкта 1 насто́ящего при́каза, кото́рый вво́дится в де́йстви́е с 1 а́преля 2019 го́да;

де́вяно́сто че́твертого – де́вяно́сто ше́стого и четы́ре ста пятьдеся́т ше́стого пу́нкта 1 насто́ящего при́каза, кото́рый вво́дится в де́йстви́е с 1 се́нтября 2019 го́да.

*Министр здравоохранения
Республики Казахстан*

Е. Биртанов

Приложение 1
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ ҚР ДСМ-23
Приложение 1
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Заключение по мониторингу качества и объема медицинских услуг

№ ____ / ____ от " ____ " _____ 20 ____ года

1. Наименование заказчика:

(полное наименование филиала НАО "ФСМС")

2. Наименование поставщика:

(полное наименование поставщика)

3. Форма/вид медицинской помощи/вид деятельности:

4. Основание для мониторинга:

5. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) /должность специалиста НАО "ФСМС" :
Ф С М С " :

№ п/п	Код дефекта	Наименование дефекта	Амбулаторно-поликлиническая помощь		Стационарная и стационарозамещающая помощь (от стоимости пролеченного случая)	Скорая медицинская помощь (1-3 категория) (в кратности подушевого норматива скорой помощи на 1 человека в месяц (ПН))	Гран квали специ () сани автот стоим
			по комплексному подушевому нормативу (в кратности базового комплексного подушевого норматива на 1 человека в месяц (КПН))	затраты по которым не учитываются при оплате по комплексному подушевому нормативу (от стоимости услуги)			
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	1.0	Необоснованная госпитализация	30 КПН	-	100%	25 ПН	-
2.	1.1	Госпитализация пациента при отсутствии медицинских показаний	+	-	+	-	-
3.	1.2	Направление пациента на госпитализацию амбулаторно-поликлиническими организациями и доставка скорой медицинской помощью	+	-	-	+	-
4.	1.3	Экстренная госпитализация пациента, помощь которому могла быть оказана в плановом порядке	-	-	+	-	-
5.	1.4	Экстренная госпитализация пациента с обострением хронических заболеваний, управляемых на уровне АПО	+	-	+	-	-
6.	1.5	Госпитализация пациента, медицинская помощь которому должна быть оказана в условиях АПО/дневного стационара/стационара на дому	+	-	+	-	-
7.	2.0	Некорректное оформление учетно - отчетной документации, ввод данных в ИС	5 КПН	20%	10%	5 ПН	10%

8.	2.1	Отсутствие в первичной медицинской документации или в медицинской документации в информационной системе результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья пациента, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи	+	+	+	+	-
9.	2.2	Ввод данных в информационные системы здравоохранения (недостовверное, несвоевременное, неполное и некачественное введение данных)	+	+	+	+	+
10.	2.3	Несвоевременная регистрация сведений смерти, позднее 10 дней с момента смерти больного	-	-	-	-	-
11.	3.0	Необоснованное завышение объема оказанной медицинской помощи/услуг	10 КПН	100%	50%	-	100%
12.	3.1	Необоснованное увеличение количества проведения лечебных и диагностических услуг	+	+	+	-	+
13.	3.2	Удорожание стоимости услуг путем удлинения сроков пребывания в стационаре	-	-	+	-	-
14.	3.3	Завышение уровня весового коэффициента КЗГ	-	-	+	-	-
15.	4.0	Необоснованная повторная госпитализация (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания)	-	-	100%	-	-

16.	5.0	Неподтвержденный случай оказания медицинской помощи (услуги)	100 КПН	300%	300%	30 ПН	300%
17.	5.1	Неподтвержденный случай медицинской помощи	+	-	+	-	-
18.	5.2	Неподтвержденный случай медицинской услуги	+	+	+	+	+
19.	5.3	Неподтвержденный случай ЛС и ИМН	+	-	+	-	-
20.	5.4	Неподтвержденный случай выдачи комплекта по уходу за младенцем	-	-	+	-	-
21.	5.5	Неподтвержденный случай отпуска адаптированных заменителей грудного молока и лечебных низкобелковых продуктов и продуктов с низким содержанием фенилаланина	+	-	-	-	-
22.	5.6	Прикрепление без уведомления и согласия потребителя медицинских услуг	+	-	-	-	-
23.	6.0	Необоснованное отклонение лечебно – диагностических мероприятий, оказания услуг от стандартов, правил в области здравоохранения/ клинических протоколов	15 КПН	30%	30%	10 ПН	-
24.	6.1	Несвоевременное или ненадлежащее выполнение диагностических мероприятий, приведших в исходе лечения к осложнениям	+	+	+	+	-
25.	6.2	Несвоевременное или ненадлежащее выполнение лечебных мероприятий, приведших в исходе лечения к осложнениям	+	+	+	+	-

26.	6.3	Несвоевременное или ненадлежащее выполнение диагностических мероприятий, приведших в итоге лечения к ухудшениям	+	+	+	+	-
27.	6.4	Несвоевременное или ненадлежащее выполнение лечебных мероприятий, приведших в итоге лечения к ухудшениям	+	+	+	+	-
28.	6.5	Несвоевременное или ненадлежащее выполнение диагностических мероприятий, с исходом лечения без перемен	+	+	+	+	-
29.	6.6	Несвоевременное или ненадлежащее выполнение лечебных мероприятий, с исходом лечения без перемен	+	+	+	+	-
30.	6.7	Несоблюдение стандартов оказания медицинской помощи	+	+	+	+	+
31.	6.8	Несоблюдение правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения (скрининг)	+	+	-	-	-
32.	6.9	Несоблюдение правил проведения профилактических прививок	+	-	-	-	-
33.	6.10	Несвоевременное обеспечение препаратами по перечню лекарственных средств и изделий медицинского назначения в рамках ГОБМП/ОСМС, в том числе отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями) бесплатными и (или) льготными	+	-	-	-	-

		лекарственными средствами и специализированными лечебными продуктами на амбулаторном уровне					
34.	6.11	Необоснованное назначение/выписка лекарственных средств и изделий медицинского назначения	+	-	+	-	-
35.	6.12	Несоблюдение требований по ПУЗ	+	-	-	-	-
36.	6.13	Оказание медицинской помощи при наличии противопоказаний	+	+	+	+	-
37.	6.14	Некорректное проведение лечебно - диагностических мероприятий скорой медицинской помощью, послужившее поводом для обоснованного повторного вызова в течение суток с момента первого вызова	+	-	+	-	-
38.	6.15	Случаи отклонения от правил проведения патологоанатомического вскрытия	-	-	-	-	-
39.	6.16	Несвоевременное или неполное обеспечение потребности субъектов здравоохранения в компонентах крови	-	-	-	-	-
40.	7.0	Длительность ожидания медицинских услуг	5 КПН	30%	-	15 ПН	-
41.	7.1	Длительность ожидания КДУ услуг более 10 календарных дней	+	+	-	-	-
42.	7.2	Несвоевременный доезд бригады скорой медицинской помощи по категориям вызова	+	-	-	+	-
43.	8.0	Обоснованные жалобы на качество оказания медицинских услуг:	30 КПН	100%	100%	25 ПН	-
44.	8.1	С л у ч а и необоснованного отклонения лечебных	+	+	+	+	-

		мероприятий от стандартов в области здравоохранения						
45.	8.2	С л у ч а и необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения	+	+	+		+	
46.	8.3	Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП/ОСМС	+	+	+		+	
47.	8.4	Нарушение этики медицинскими работниками	+	+	+		+	
48.	9.0.	Летальный исход, предотвратимый на уровне стационара/АПП	50 КПН	-	100%		-	
49.	10.0	Случаи расхождения клинического и морфологического диагнозов	-	-	50%		-	
50.	11.0	Услуги ВТМУ и по перечню медицинских услуг, не включенные в договор	-	100%	100%		-	
5.1	12.0	Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП/ОСМС	Снятие на сумму затрат, подтвержденных документально с уведомлением от					

продолжение таблицы

Размеры снятий за 1 выявленный дефект по формам/видам медицинской помощи и видам медицинской деятельности							
Медико-социальная помощь							

<p>лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями) (кратность комплексного тарифа (КТ))</p>	<p>лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями) (кратность комплексного тарифа (КТ))</p>	<p>больным туберкулезом (кратность комплексного тарифа (КТ))</p>	<p>ВИЧ-инфицированных</p>	<p>Патологоанатомическая диагностика (от стоимости услуги)</p>	<p>Услуги по заготовке, переработке, хранению и реализацию крови и ее компонентов , производству препаратов крови от стоимости услуги</p>
---	---	--	---------------------------	--	---

			и (или) больным СПИД;		
11	12	13	14	15	16
5 КТ	5 КТ	1КТ	-	-	-
+	+	+	-	-	-
-	-	-	-	-	-
+	+	+	-	-	-
-	-	-	-	-	-
+	+	+	-	-	-
1 КТ	1 КТ	0,1КТ	1 КТ	10%	10%
+	+	+	+	+	-
+	+	+	+	+	+
+	+	+	+	-	-
3 КТ	3 КТ	0,5 КТ	-	100%	100%
+	+	+	-	+	+
+	+	+		-	-
+	+	+	-	-	-
-	-	-	-	-	-
3 КТ	3 КТ	3 КТ	1 КТ	300%	300%
+	+	+	+	-	-
+	+	+	+	+	+
+	+	+	+	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
3 КТ	3 КТ	0,3 КТ	1 КТ	50%	50%
+	+	+	+	-	-
+	+	+	+	-	-
+	+	+	+	-	-
+	+	+	+	-	-
+	+	+	-	-	-
+	+	+	-	-	-
+	+	+	+	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	+	-	-
+	+	+	+	-	-
-	-	-	-		-
+	+	+	-		-
-	-	-	-		-
-	-	-	-		-
-	-	-	-		+

-	-	-	-		-
-	-	-	-		-
-	-	-	-		-
10 КТ	10 КТ	1КТ	1 КТ		-
+	+	+	+		-
+	+	+	+	-	-
+	+	+	+	-	-
+	+	+	+	-	-
6 КТ	6 КТ	1 КТ	-	-	-
3 КТ	3 КТ	0,5 КТ	-	-	-
-	-	-	-	-	-
Снятие на сумму затрат, подтвержденных документально с уведомлением от поставщика о возврате сумм пациенту				-	-

Примечание:

Примечание знак "+" - данные подкоды дефектов применяются для данной формы/вида медицинской помощи; знак "-" - данные коды и подкоды дефектов не применяются для данной формы/вида медицинской помощи.

Приложение 3
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ ҚР ДСМ-23
Приложение 5
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения

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

Комплексный подушевой норматив амбулаторно-поликлинической помощи (далее – 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 оказание круглосуточной неотложной медицинской помощи прикрепленному населению для обслуживания 4 категории срочности вызовов;

по обеспечению специализированными лечебными продуктами, в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 августа 2017 года № 666 "Об утверждении Перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для обеспечения граждан в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, в том числе отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями) бесплатными и (или) льготными лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и специализированными лечебными продуктами на амбулаторном уровне" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов № 15724) (далее – Приказ № 666);

затраты на увеличение обеспеченности ПМСП врачами общей практики и средними медицинскими работниками;

по проведению 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;

глаукомы.

Комплексный подушевой норматив на сельское население включает:

стационарную помощь сельскому населению, включая обеспечение детей комплектом по уходу за младенцем (аптечка новорожденного) в соответствии с Приказом № 666;

стационарозамещающую помощь сельскому населению, за исключением амбулаторного гемодиализа.

Приложение 4
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ ҚР ДСМ-23
Приложение 5-1
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения

Формула расчета суммы удержания за превышение норматива прикрепления граждан к одному врачу общей практики

Сумма удержания за превышение норматива прикрепления граждан к одному врачу общей практики за отчетный месяц рассчитывается по следующей формуле:

$S = 1/2 * \text{КПНПМСП} \times \text{ЧВОП}$, где:

S – сумма удержания за превышение норматива прикрепления граждан к одному врачу общей практики, в месяц;

КПНПМСП – комплексный подушевой норматив АПП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН", в месяц, определенный для субъекта ПМСП;

ЧВОП – численность населения прикрепленного к врачам общей практики субъекта ПМСП на последний день месяца отчетного периода сверх норматива, предусмотренного пунктом 10 приказа Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 281 "Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи и Правил прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11268), за исключением численности населения прикрепленного к врачам общей практики, оказывающим медицинскую помощь в селах и поселках с численностью населения менее 3 (трех) тысяч человек, на последний день месяца отчетного периода сверх норматива.

Приложение 5
к приказу Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ ҚР ДСМ-23
Приложение 6
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Счет-реестр за оказание амбулаторно-поликлинической помощи № _____
от "___" _____ 20__ года период: с "___" _____ 20__ года по "
___" _____ 20__ года по Договору № _____ от "___" _____ 20__
года

Наименование поставщика: _____
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) _____

т е н г е *

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 села, 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)
1	2	3
1.	Всего за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению, в том числе:	
1.1.	за оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:	
1.1.1	за медицинское обслуживание школьников в организациях образования	
1.1.2	сумма за работу в зонах экологического бедствия	
1.1.3	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина	
1.2.	на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки	

1.3.	на стимулирование работников участковой службы в работе по программе управления заболеваниями и (или) по универсально-прогрессивной модели патронажной службы	
1.4.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:	
1.4.1	за проведение профилактических медицинских осмотров целевых групп населения	
1.4.2	за проведение дорогостоящих видов диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста	
2.	Сумма лизингового платежа	
	Итого к оплате	

Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии)/
для документа на бумажном носителе) Дата "_____" _____ 20__ года

К данному счету-реестру прилагаются следующие приложения:

1) данные о динамике численности и структуре прикрепленного населения по данным портала "Регистр прикрепленного населения" по форме согласно приложению 1 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи;

2) расчет суммы, предъявленной к оплате на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 2 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи;

3) реестр по снижению нагрузки на врача общей практики (ВОП) до уровня 1 700 человек на 1 участок по форме согласно приложению 3 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи;

4) реестр суммы, предъявленной к оплате на стимулирование работников участковой службы в работе по программе управления заболеваниями и (или) по универсально-прогрессивной модели патронажной службы по форме согласно приложению 4 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи;

5) реестр оказанных услуг первичной медико-санитарной помощи по форме согласно приложению 5 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи;

6) реестр оказанных консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторной поликлинической помощи по форме согласно приложению 6 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи;

7) реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных без привлечения соисполнителя по форме согласно приложению 7 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи;

8) реестр консультативно-диагностических услуг оказанных с привлечением соисполнителя по форме согласно приложению 8 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи;

9) реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных детскому населению в возрасте от 6 до 17 лет включительно по форме согласно приложению 9 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи;

10) реестр вызовов неотложной медицинской помощи 4 категории срочности по форме согласно приложению 10 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи;

11) реестр по обеспечению лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина по форме согласно приложению 11 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи.;

10) реестр оказанных консультативно-диагностических услуг с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга по форме согласно приложению 12 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи.

Примечание:

* - данные вводятся поставщиками, имеющими прикрепленное население, проживающее в сельской местности;

** - указываются поправочные коэффициенты, применительные к конкретному субъекту здравоохранения, оказывающему КДУ.

Приложение 1
к счету-реестру за оказание
амбулаторно-поликлинической помощи
Форма

Данные о динамике численности и структуре прикрепленного населения по данным портала "Регистр прикрепленного населения" период: с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года

Таблица №1. Динамика численности прикрепленного населения человек

№ п/п	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 отказа по свободному выбору	смерть		выезд
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								

Таблица №2. Половозрастная структура прикрепленного населения на конец отчетного периода человек

№ п/п	Возраст	Итого прикрепленное население	в том числе:	
			Мужчины	Женщины
1	2	3	4	5
1.	0-12 месяцев			
2.	12 месяцев - 4 года			
3.	5-9 лет			
4.	10-14 лет			
5.	15-19 лет			
6.	20-29 лет			
7.	30-39 лет			
8.	40-49 лет			
9.	50-59 лет			
10.	60-69 лет			
11.	70 и старше			
	Итого			

Подтверждаем, что

- 1) количеству прикрепленного населения за отчетный период соответствует:
 - по новорожденным: количеству медицинских свидетельств о рождении, выданных поставщиком 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 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 поставщика
 (уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии) /
 (для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " ____ 20 ____
 года

Приложение 2
 к счету-реестру за оказание
 амбулаторно-поликлинической помощи
 Форма

Расчет суммы, предъявленной к оплате на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь период: с " ____ " ____ 20 ____ года по " ____ " ____ 20 ____ года

Таблица №1. Данные о субъекте здравоохранения, оказывающем первичную медико-санитарную помощь

№ п /п	Наименование	Плановый показатель	Предъявлено к оплате (фактический показатель*)
1	2	3	4
1.	Численность прикрепленного населения, человек		
2.	Количество среднего медицинского персонала на одну врачебную должность, в т.ч.		
2.1.	на терапевтическом участке		
2.2.	на педиатрическом участке		
2.3	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		

Таблица №2. Расчет суммы, предъявленной к оплате на стимулирование работников в разрезе индикаторов конечного результата

№ 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
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Итого		X			X			
1.	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП							
2.	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП							
3.	Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с острыми респираторными инфекциями							
4.	Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома							
5.	Своевременно диагностированный туберкулез легких							
6.	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (T0-T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0)							
	Уровень госпитализации							

7.	больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)							
8.	Обоснованные жалобы							

Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо): _____

_____/_____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

_____/_____

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

Место печати (при его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата "_____" _____ 20__
____ года

Примечание:

* - расчет фактического показателя приведен на основании данных портала "Регистр прикрепленного населения"

** - значение целевого показателя соответствует данным портала "ДКПН"; количество баллов указано в максимальном значении в соответствии с Методикой формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, утвержденной приказом Министра Здравоохранения Республики Казахстан от 7 февраля 2018 года № 52 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № _____);

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

*** - значения соответствуют данным портала "ДКПН" после закрытия отчетного периода в портале "ДКПН" Фондом.

Приложение 3
к счету-реестру за оказание
амбулаторно-поликлинической помощи
Форма

Реестр по снижению нагрузки на врача общей практики (ВОП) до уровня 1 700 человек на 1 участок

№ п/п	№ и наименование (при его наличии) нового участка	Дата открытия нового участка	Признак участка (город/село)	Профиль участка (ВОП)	Количество прикрепленного населения на участок	Результат за отчетный период*	Результат за ____ (указать нарастающий итог)*
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							

Примечание:

* - Под результатом подразумевается описательная часть мероприятия по снижению нагрузки на врача общей практики (ВОП) до уровня 1 700 человек на 1 участок, путем создания новых участков. Необходимо указать общее количество прикрепленного населения, количество участков в организации и среднее количество прикрепленного населения на 1 участок ВОП до и после открытия новых участков.

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20__ года

Приложение 4
к счету-реестру за оказание
амбулаторно-поликлинической помощи
Форма

Реестр суммы, предъявленной к оплате на стимулирование работников участковой службы в работе по программе управления заболеваниями и (или) по универсально-прогрессивной модели патронажной службы

№ п/п	Ф.И.О	Должность/функционал	Стаж работы	Количество рабочих дней за отчетный период	Количество фактически отработанных дней	Дата получения сертификата
1	2	3	4	5	6	7

1.	Программа управления заболеваниями				
1.1.					
	Итого				
2.	Универсально-прогрессивная модель патронажной службы				
2.1.					
	Итого				

продолжение таблицы

Дата введ рения	Охват населения, нуждающегося в динамическом наблюдении с заболеваниями (%)	Охват беременных, родильниц, новорожденных и детей до пяти лет (%)	Оклад по фактически занимаемой ставке	% СКУС	Доплата п о СКУС
8	9	10	11	12	13
Программа управления заболеваниями					
Универсально-прогрессивная модель патронажной службы					

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии)/
(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20 ____
года

Приложение 5
к счету-реестру за оказание
амбулаторно-поликлинической помощи
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
1	2	3	4	5	6
1.					

2.	Услуги по проведению скрининговых исследований на раннюю диагностику злокачественных новообразований (в разрезе видов скринингов)			
2.1.	На выявление рака молочной железы			
2.2.	На выявление рака шейки матки			
2.3.	На выявление колоректального рака			
	Итого			

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20 ____
года

Примечание: * - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в АИС "Поликлиника";

** - итоговая сумма не влияет на оплату за отчетный период.

Приложение 6
к счету-реестру за оказание
амбулаторно-поликлинической помощи
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
1	2	3	4	5	6
1.					
2.					
3.		Услуги по проведению скрининговых исследований на раннюю диагностику злокачественных новообразований (в разрезе видов скринингов)			
3.1.		На выявление рака молочной железы			

3.2.	На выявление рака шейки матки			
3.3.	На выявление колоректального рака			
4.	Дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста			
	Итого			

Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата "_____" _____ 20__

года

Примечание:

* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в ИС "АИС Поликлиника".

Приложение 7
к счету-реестру за оказание
амбулаторно-поликлинической помощи
Форма

Реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных без привлечения соисполнителя* период: с "_____" _____ 20__ года по "_____" _____ 20__ года

№ п/п	Полный код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге **
1	2	3	4	5	6
1.					
2.					
3.	Услуги по проведению скрининговых исследований на раннюю диагностику злокачественных новообразований (в разрезе видов скринингов)				
3.1	На выявление рака молочной железы				

3.2	На выявление рака шейки матки			
3.3	На выявление колоректального рака			
4.	Услуги по проведению дорогостоящих видов диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста			
Итого				

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ /

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ /

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

Место печати (при его наличии) /
для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20__
года

Примечание:

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

** - итоговая сумма не влияет на оплату за отчетный период.

Приложение 8
к счету-реестру за оказание
амбулаторно-поликлинической помощи
Форма

Реестр консультативно-диагностических услуг оказанных с привлечением соисполнителя* период: с " ____ " _____ 20__ года по " ____ " _____ 20__ года

№ п/п	Полный код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге **
1	2	3	4	5	6
Наименование соисполнителя _____ (по договору соисполнения от № ____)					
1.	Услуги по договору соисполнения, итого				

1.1.	По направлениям специалистов ПМСП, итого			
1.1.1.	Услуги по проведению скрининговых исследований на раннюю диагностику злокачественных новообразований (в разрезе видов скринингов)			
1.1.1.1	На выявление рака молочной железы			
1.1.1.2	На выявление рака шейки матки			
1.1.1.3	На выявление колоректального рака			
1.1.2.	Услуги по проведению дорогостоящих видов диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста			
1.2.	По экстренным показаниям, итого			
1.3.	По медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого			
2.	Услуги, не включенные в договор соисполнения, итого			
2.1.	По направлениям специалистов ПМСП, итого			
2.2.	По экстренным показаниям, итого:			
2.3.	По медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого			
	Итого:			

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии)/
(для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20__
года

Примечание:

* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в АИС "Поликлиника";

** - итоговая сумма не влияет на оплату за отчетный период, подлежит оплате соисполнителям в порядке и сроки, определенные настоящими Правилами.

Приложение 9
к счету-реестру за оказание
амбулаторно-поликлинической помощи
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
1.				
	Итого			

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____
/ _____

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

Место печати (при его наличии)/
(для документа на бумажном носителе) Дата "___" _____ 20__
года

Примечание:

* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в АИС "Поликлиника";

** - итоговая сумма не влияет на оплату за отчетный период.

Приложение 10
к счету-реестру за оказание
амбулаторно-поликлинической помощи
Форма

Реестр вызовов неотложной медицинской помощи 4 категории срочности * период: с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года

№ п/п	ИИН	Наименование услуги	Количество
1	2	3	4

1.			
2.			
	Итого	X	

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо): _____

/ _____

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

п о д п и с ь)

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика: _____

/ _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/

(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " ____ 20__

года

Примечание:

* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в АИС "Поликлиника".

Приложение 11
к счету-реестру за оказание
амбулаторно-поликлинической помощи
Форма

Реестр по обеспечению лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина период: с " ____ " ____ 20__ года по " ____ " ____ 20__ года

№ п/п	Наименование	Количество	Стоимость	Сумма, тыс.тенге
1	2	3	4	5
1.				
	Итого		X	

Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо): _____

/ _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика: _____

/ _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/

(для документа на бумажном носителе)
года

Дата " _____ " _____ 20__

Приложение 12
к счету-реестру за оказание
амбулаторно-поликлинической помощи
Форма

**Реестр оказанных консультативно-диагностических услуг с
использованием медицинской техники, приобретенной на условиях
финансового лизинга период: с " _____ " _____ 20__ года по " _____ "
_____ 20__ года**

№ п/п	К о д медицинского оборудования	Наименование медицинского оборудования	Полный код услуги	Наименование услуги	Лизинговый платеж на 1 услугу, тенге	Количество услуг	Сумма лизингового платежа, предъявленная к оплате, тенге	
1	2	3	4	5	6	7	8	
1.								
	Итого							

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____

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

Место печати (при его наличии)/
(для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20__
года

Приложение 6
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ ҚР ДСМ-23
Приложение 7
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

**Информация о структуре доходов при оказании
амбулаторно-поликлинической помощи**

поставщиком, оказывающим первичную медико-санитарную помощь
период с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

(Наименование поставщика)

№ п /п	Наименование услуги	Источники дохода, тыс.тенге		
		всего	за счет бюджетных средств	за счет внебюджетных средств
1	2	3	4	5
1.	Доход за отчетный период, всего			
	в том числе:			
1.1.	Оказание амбулаторно-поликлинической помощи:			
1.1.1	в т.ч. на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичной медико-санитарной помощи			
	в т.ч. на стимулирование работников участковой службы в работе по программе управления заболеваниями и (или) по универсально-прогрессивной модели патронажной службы			
1.2.	Оказание консультативно-диагностических услуг			
1.2.1	в т.ч. на проведение дорогостоящих видов диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста			
1.3.	Проведение скрининговых исследований целевым группам населения			
1.4.	Другие услуги (указать)			

Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо): _____

/ _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/

(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20 ____

года

2.1.	в т.ч. на проведение дорогостоящих видов диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста		X				
3.	Проведение скрининговых исследований целевым группам населения		X				
4.	Оказание медицинской помощи по договору соисполнителя		X				
0Г	Всего расходов						
	в том числе:	X	X	X	X	X	X
I.	ТЕКУЩИЕ РАСХОДЫ:						
1.	Заработная плата всего:						
1.1.	Оплата труда						
	в том числе:	X	X	X	X	X	X
а)	врачебный персонал и провизоры						
б)	средний медицинский и фармацевтический персонал						
в)	младший медицинский персонал						
г)	прочий персонал						
1.2.	Дополнительные денежные выплаты (премии и дифференцированная оплата, единовременное пособие к отпуску, материальная помощь)						
	в том числе:	X	X	X	X	X	X
а)	врачебный персонал и провизоры						
б)	средний медицинский и фармацевтический персонал						
в)	младший медицинский персонал						
г)	прочий персонал						
1.2.1	Дифференцированная оплата						
	в том числе:	X	X	X	X	X	X
а)	врачебный персонал и провизоры						
б)	средний медицинский и фармацевтический персонал						
в)	младший медицинский персонал						
г)	Прочий персонал						
1.2.2	Стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичной медико-санитарной помощи						
	в том числе:	X	X	X	X	X	X
а)	врачебный персонал и провизоры						

б)	средний медицинский и фармацевтический персонал						
в)	прочий персонал						
1.2.3	Стимулирование работников участковой службы в работе по программе управления заболеваниями и (или) по универсально-прогрессивной модели патронажной службы						
	в том числе:	X	X	X	X	X	X
а)	врачебный персонал и провизоры						
б)	средний медицинский и фармацевтический персонал						
2.	Налоги и другие обязательства в бюджет всего:						
2.1.	Социальный налог						
2.2.	Социальные отчисления в Государственный фонд социального страхования						
2.3.	Отчисления на обязательное социальное медицинское страхование						
3.	Приобретение товаров всего:						
3.1.	Приобретение продуктов питания						
3.2.	Приобретение медикаментов и прочих медицинских изделий						
3.3.	Приобретение прочих товаров						
	в том числе:	X	X	X	X	X	X
а)	мягкий инвентарь						
4.	Приобретение лечебных низкобелковых продуктов и продуктов с низким содержанием фенилаланина						
5.	Приобретение адаптированных заменителей грудного молока						
6.	Коммунальные и прочие услуги, всего:						
6.1.	Оплата коммунальных услуг						
	в том числе:	X	X	X	X	X	X
а)	за горячую, холодную воду, канализацию						
б)	за газ, электроэнергию						
в)	за теплоэнергию						
г)	оплата услуг связи						
6.2.	Прочие услуги и работы						
	в том числе:	X	X	X	X	X	X
а)	на повышение квалификации и переподготовку кадров						
б)	на услуги по обеспечению питания						
в)	на оплату услуг по договору соисполнения						

г)	расходы на текущий ремонт зданий, сооружений и оборудования						
д)	на аренду						
7.	Другие текущие затраты, всего:						
7.1.	Командировки и служебные разъезды внутри страны						
а)	в том числе на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения						
7.2.	Командировки и служебные разъезды за пределы страны						
а)	в том числе на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения						
7.3.	Прочие текущие затраты						
8.	Лизинговые платежи						
II	ПРИБРЕТЕНИЕ ОСНОВНЫХ СРЕДСТВ						

продолжение таблицы

Всего Фактические расходы по нарастанию за отчетный период (тыс.тенге)	Отклонение фактических расходов от кассовых расходов (тыс.тенге)	Кредиторская задолженность по нарастанию (тыс.тенге)	Дебиторская задолженность по нарастанию (тыс.тенге)
9	10	11	12
X			
X			
X		X	
X		X	
X	X	X	X
X		X	
X		X	
X		X	
X		X	
X		X	X
X		X	
X		X	
X	X	X	X
X	X	X	X

2. Учет движения материальных ценностей

Показатели	Остаток на начало отчетного года	Поступило по нарастанию за отчетный период	Израсходовано по нарастанию за отчетный период	Поступило за отчетный период	Израсходовано за отчетный период	Остаток на конец года
1	2	3	4	5	6	7=(гр.2+гр.3-гр.4)
Лекарственные средства и медицинские изделия						
Продукты питания						
Топливо, ГСМ						
Прочие товары						
Всего запасов						

Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо): _____

_____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/

(для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20 _____

года

Информация

о дифференцированной оплате труда работников при оказании
амбулаторно-поликлинической помощи поставщиком, оказывающим
первичную медико-санитарную помощь
период с "___" _____ 20___ года по "___" _____ 20___ года

(Наименование поставщика)

№ п /п	Наименование	Фактическая численность работников (человек)		Дополнительные денежные выплаты, тыс. тенге	
		всего	в т.ч. получившие дифференцированную оплату	всего	в т.ч. на дифференцированную оплату труда
1	2	3	4	5	6
	ВСЕГО				
	в том числе:	X	X	X	X
1	Врачебный персонал и провизоры				
2	Средний медицинский и фармацевтический персонал				
3	Младший медицинский персонал				
4	Прочий персонал				

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии)/

(для документа на бумажном носителе)

Дата "___" _____ 20__

___ года

Протокол
исполнения договора закупа услуг по оказанию
амбулаторно-поликлиническую помощи
 период: с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года по
 Договору № _____ от "___" _____ 20__ года

Наименование поставщика: _____
 Наименование бюджетной программы: _____
 Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Таблица №1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание
 амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению

№ п /п	Наименование	Предъявлено к оплате		Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично		Принято к оплате	
		численность населения, человек	сумма, тенге	количество случаев	сумма, тенге	численность населения, человек	сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	ВСЕГО за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению						
	в том числе:						
1.1.	за оказание амбулаторно-поликлинической помощи:						
1.1.1	за медицинское обслуживание школьников в организациях образования						
1.1.2	сумма за работу в зонах экологического бедствия						
1.1.3	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина						
	на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за						

1.2.	достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки						
1.3.	на стимулирование работников участковой службы в работе по программе управления заболеваниями и (или) по универсально-прогрессивной модели патронажной службы						
1.4.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:						
1.4.1	за проведение профилактических медицинских осмотров целевых групп населения						
1.4.2	за проведение дорогостоящих видов диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста						
2.	Сумма лизингового платежа						
3.	Итого						

Таблица №2. Расчет суммы к оплате с учетом мониторинга качества и объема по оказанию амбулаторно-поликлиническую помощи

№ п/п	Код/наименование перечня	Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично			
		Количество случаев		Сумма, тенге	
		СМП	СЗТ	СМП	СЗТ
1	2	3	4	5	6
1.	Реестр услуг амбулаторно-поликлинической помощи, прошедших текущий мониторинг				
1.1.	за отчетный период				
1.2.	за прошедший период				
2.	Реестр услуг амбулаторно-поликлинической помощи, прошедших целевой мониторинг				
2.1.	за отчетный период				
2.2.	за прошедший период				
3.	Реестр услуг скорой медицинской помощи, прошедших текущий мониторинг				
3.1.	за отчетный период				
3.2.	за прошедший период				
4.	Реестр услуг скорой медицинской помощи, прошедших целевой мониторинг				
4.1.	за отчетный период				
4.2.	за прошедший период				

5.	Сумма за отчетный и прошедший периоды по случаям с летальным исходом				
5.1.	за отчетный период				
5.2.	за прошедший период				
6.	Итого по результатам мониторинга качества и объема медицинской помощи				

Таблица №3. Расчет суммы, принимаемой к оплате на стимулирование работников в разрезе индикаторов конечного результата

№ п/п	Индикаторы конечного результата	Предъявлено к оплате					Принято к оплате
		Целевой показатель	Фактический показатель	Количество баллов	% достижения целевого показателя	Сумма, тенге	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
Итого							
1.	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП						
2.	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП						
3.	Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями						
4.	Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома						
5.	Своевременно диагностированный туберкулез легких						
6.	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (T0-T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0)						
7.	Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)						
8.	Обоснованные жалобы						

Таблица №4. Расчет суммы, принимаемой к оплате на стимулирование работников участковой службы

№ п/п	Должность/функционал	Количество	Доплата по СКУС
1	2	3	5
Итого			
1.	Врачи общей практики по внедрению программы управления заболеваниями		
2.	Участковые педиатры по универсально-прогрессивной модели патронажной службы детей до 5 лет		
3.	Участковые терапевты по внедрению программы управления заболеваниями		
4.	Участковые медицинские сестры по внедрению программы управления заболеваниями		
5.	Участковые медицинские сестры (участков врачей общей практики и терапевтов) по универсально-прогрессивной модели патронажной службы беременных и родильниц		
6.	Участковые медицинские сестры (участков врачей общей практики и педиатров) по универсально-прогрессивной модели патронажной службы новорожденных и детей до 5 лет		

Таблица №5. Расчет суммы лизинговых платежей

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате		Подлежит к снятию		Принято к оплате	
		Количество услуг	Сумма, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
1.							
2.							
	Итого						

Таблица №6. Расчет иных выплат/вычетов

№ п/п	Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов / выплат)	Сумма выплаты, тенге	Сумма вычета, тенге
1	2	3	4
1.			
2.			
	Итого		

Всего предъявлено к оплате _____ тенге;

Всего принято к оплате _____ тенге

Руководитель _____ заказчика
(уполномоченное должностное лицо): _____

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

(для протокола на бумажном носителе)

Должностные лица заказчика: _____ / _____

(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

(уполномоченное

должностное лицо поставщика): _____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/

(для документа на бумажном носителе) Дата "____" _____

___ 20 __ года

Приложение 10
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ КР ДСМ-23
Приложение 14
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Реестр услуг амбулаторно-поликлинической помощи, прошедших текущий мониторинг

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

(Наименование поставщика)

№ п/п	ИИН	№ амбулаторной карты	Код дефекта по перечню*									
			1.1.	1.2.	1.4.	1.5.	2.1.	2.2.	3.1.	5.1.	5.2.	5.3.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
ИТОГО, всего дефектов												
в том числе за отчетный период												
в том числе за предыдущие периоды												
ИТОГО, сумма снятия, в тенге			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
в том числе за отчетный период			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
в том числе за предыдущие периоды			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

продолжение таблицы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
ИТОГО, всего дефектов												
в том числе за отчетный период												
в том числе за предыдущие периоды												
ИТОГО, сумма снятия, в тенге			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
в том числе за отчетный период			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
в том числе за предыдущие периоды			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

продолжение таблицы

Код дефекта по перечню*												
5.5.	5.6.	6.1.	6.2.	6.3.	6.4.	6.5.	6.6.	6.7.	6.8.	6.9.	6.10.	6.11.
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

продолжение таблицы

Код дефекта по перечню*											Подлежит к снятию (сумма в тенге)
6.12.	6.13.	6.14.	7.1.	7.2.	8.1.	8.2.	8.3.	8.4.	9.0.	12.0.	
27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
											X
											X
											X
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

Примечание:

- по услугам с подтвержденными дефектами ставится "1", знаком "x" маркируются если отсутствует дефект или нет информации.

Приложение 12
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ КР ДСМ-23
Приложение 15
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения

Акт мониторинга

качества и объема медицинских услуг амбулаторно-поликлинической помощи

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

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

(Наименование заказчика)

(Наименование поставщика)

№ п/п	Код по Перечню	Наименование случая	Подлежит к снятию	
			Количество амбулаторных карт	Сумма, тенге
1	2	3	4	5
1	I.	Реестр услуг амбулаторно – поликлинической помощи, прошедших текущий мониторинг		
2		в том числе за отчетный период		
3		в том числе за предыдущие периоды		
4		всего дефектов, из них по видам:		
5	1.0.	Необоснованная госпитализация		
6	2.0.	Некорректное оформление учетно-отчетной документации, ввод данных в ИС		
7	3.0.	Необоснованное завышение объема оказанной медицинской помощи /услуг		
8	5.0.	Случаи приписок		
9	6.0.	Необоснованное отклонение лечебно-диагностических мероприятий, оказания услуг от стандартов, правил в области здравоохранения/ клинических протоколов		
10	7.0.	Длительность ожидания медицинских услуг		
11	8.0.	Обоснованные жалобы на качество оказания медицинских услуг:		
12	9.0.	Летальный исход, предотвратимый на уровне стационара/АПП		
13	12.0.	Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП/ОСМС		
14	II.	Реестр услуг амбулаторно – поликлинической помощи, прошедших целевой мониторинг		
15		в том числе за отчетный период		
16		в том числе за предыдущие периоды		

17	всего дефектов, из них по видам:			
18	1.0.	Необоснованная госпитализация		
19	2.0.	Некорректное оформление учетно-отчетной документации, ввод данных в ИС		
20	3.0.	Необоснованное завышение объема оказанной медицинской помощи /услуг		
21	5.0.	Случаи приписок		
22	6.0.	Необоснованное отклонение лечебно-диагностических мероприятий, оказания услуг от стандартов, правил в области здравоохранения/ клинических протоколов		
23	7.0.	Длительность ожидания медицинских услуг		
24	8.0.	Обоснованные жалобы на качество оказания медицинских услуг:		
25	9.0.	Летальный исход, предотвратимый на уровне стационара/АПП		
26	12.0.	Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП/ОСМС		
27	ИТОГО по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг			

Руководитель заказчика _____ Должностное лицо
 з а к а з ч и к а _____
 (уполномоченное _____ должностное _____ лицо)
 _____ / _____
 _____ / _____
 (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) _____ (Фамилия,
 имя, отчество (при его наличии)/подпись) _____
 (для отчета на бумажном носителе) _____ (для отчета на
 б у м а ж н о м _____ н о с и т е л е)
 Место печати _____ (при его наличии)/
 (для отчета на бумажном носителе) _____
 " _____ " _____ 20__ года

Приложение 13
 к приказу Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 10 апреля 2019 года
 № КР ДСМ-23
 Приложение 16
 к Правилам оплаты услуг
 субъектов здравоохранения
 Форма

Акт оказанных услуг по амбулаторно-поликлинической помощи
 № _____ от " _____ " _____ 20__ года
 период с " _____ " _____ 20__ года по " _____ " _____ 20__ года
 по Договору № _____ от " _____ " _____ 20__ года

Наименование поставщика: _____

— — — — —
Наименование бюджетной программы: _____

— — — — —
Наименование бюджетной 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 выплаченного аванса в декабре: _____

— — — — — 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
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) _____

т е н г е

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: _____

— — — — — т е н г е ;

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

Таблица №1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению

№ п /п	Наименование	Предъявлено к оплате		Принято к оплате	
		численность населения / кол-во услуг	сумма , тенге	численность населения/ кол-во услуг	сумма , тенге
1	2	3	4	5	6
1.	Всего за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению				
1.1.	за оказание амбулаторно-поликлинической помощи				
1.1.1	за медицинское обслуживание школьников в организациях образования				
1.1.2	сумма за работу в зонах экологического бедствия				
1.1.3	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина				
1.2.	на стимулирование работников организации, оказывающей первичной медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки				
1.3.	на стимулирование работников участковой службы в работе по программе управления заболеваниями и (или) по универсально-прогрессивной модели патронажной службы				
1.4.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:				

1.4.1	за проведение профилактических медицинских осмотров целевых групп населения				
1.4.2	за проведение дорогостоящих видов диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста				
2.	Сумма лизингового платежа				
3.	Итого				

Таблица №2. Расчет суммы, принятой к оплате на стимулирование работников в разрезе индикаторов конечного результата

№ п/п	Индикаторы оценки деятельности	Предъявлено к оплате					Принято к оплате
		Целевой показатель	Фактический показатель	Количество баллов	% достижения целевого показателя	Сумма, тенге	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
Итого							
1.	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП						
2.	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП						
3.	Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями						
4.	Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома						
5.	Своевременно диагностированный туберкулез легких						
6.	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (T0-T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0)						
7.	Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)						
8.	Обоснованные жалобы						

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

Заказчик: _____ (наименование заказчика)	Поставщик: _____ (наименование поставщика)
Адрес: _____	Адрес: _____
БИН: _____	БИН: _____
ИИК: _____	ИИК: _____
БИК: _____	БИК: _____
_____	Наименование банка: _____
(наименование бенефициара)	_____
Код: _____	_____
КБЕ: _____	КБЕ: _____
Руководитель: _____	Руководитель: _____
_____/_____ (Фамилия, имя, отчество /подпись) (при его наличии)	_____/_____ (Фамилия, имя, отчество /подпись) (при его наличии)
(для акта на бумажном носителе)	(для акта на бумажном носителе)
Место печати (при его наличии) (для акта на бумажном носителе)	Место печати (при его наличии) (для акта на бумажном носителе)

Приложение 14
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ КР ДСМ-23
Приложение 22
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения

Перечень услуг по оказанию амбулаторно-поликлинической помощи, затраты по которым не учитываются при оплате по комплексному подушевому нормативу на оказание амбулаторно-поликлинической помощи

Услуги участникам, инвалидам Великой Отечественной войны и лицам, приравненным к ним, оказываемые в специализированных организациях здравоохранения или организациях здравоохранения, определенных местными органами государственного управления здравоохранением;

услуги 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;

услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта;

услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта;

дорогостоящие виды диагностических исследований для социально-уязвимой категории населения (детям до 18 лет; беременным; участникам Великой Отечественной войны; инвалидам 1, 2, 3 группы; многодетным матерям, награжденным подвесками "Алтын алқа", "Күміс алқа"; получателям адресной социальной помощи; пенсионерам по возрасту; больным инфекционными, социально-значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих) по направлению специалиста: полимеразная цепная реакция, иммунофенотипирование, компьютерная томография, магниторезонансная томография, позитронно-эмиссионная томография, однофотонная эмиссионная компьютерная томография, ангиография;

дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста: компьютерная томография, магниторезонансная томография;

медико-генетические исследования беременных (ультразвуковой скрининг оценка анатомии плода, инвазивные пренатальные процедуры, биохимический скрининг цитогенетическое исследование);

услуги в травматологических пунктах;

услуги в реабилитационных и в специализированных центрах;

услуги в кожно-венерологических диспансерах (и/или отделениях при многопрофильных больницах);

услуги в республиканских организациях здравоохранения;

профилактические медицинские осмотры целевых групп населения: диагностика рака шейки матки, диагностика рака молочной железы, диагностика колоректального рака (1-2 этап);

определение концентрации иммуносупрессивных препаратов в крови пациентам после трансплантации органов.

Приложение 15
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ ҚР ДСМ-23
Приложение 24
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Реестр оказанных консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, прошедших текущий мониторинг

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

(Наименование поставщика)

№ п/п	ИИН	Дата оказания услуги	Услуга		Код по перечню*							
			Код услуги по тарификатору	Наименование	2.1	2.2	3.1	5.2	6.1	6.2	6.3	6.4
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
ИТОГО, всего дефектов												
в том числе за отчетный период												
в том числе за предыдущие периоды												
ИТОГО, сумма снятия, в тенге					X	X	X	X	X	X	X	X
в том числе за отчетный период					X	X	X	X	X	X	X	X
в том числе за предыдущие периоды					X	X	X	X	X	X	X	X

продолжение таблицы

Код по перечню*												Подлежит к снятию (сумма в тенге)
6.5.	6.6.	6.7.	6.8.	6.13.	7.1.	8.1.	8.2.	8.3.	8.4.	11.0.	12.0.	
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
												X
												X
												X
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

Примечание: * - по услугам с подтвержденными дефектами ставится "1", знаком "x" маркируются если отсутствует дефект или нет информации.

Приложение 16
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ ҚР ДСМ-23
Приложение 24-1
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Реестр оказанных консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, прошедших целевой мониторинг период с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года

(Наименование поставщика)

№ п/п	ИИН	Дата оказания услуги	Услуга		Код по перечню*							
			Код услуги по тарификатору	Наименование	2.1	2.2	3.1	5.2	6.1	6.2	6.3	6.4
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
ИТОГО, всего дефектов												
в том числе за отчетный период												
в том числе за предыдущие периоды												
ИТОГО, сумма снятия, в тенге					X	X	X	X	X	X	X	X
в том числе за отчетный период					X	X	X	X	X	X	X	X
в том числе за предыдущие периоды					X	X	X	X	X	X	X	X

продолжение таблицы

Код по перечню*												Подлежит к снятию (сумма в тенге)
6.5.	6.6.	6.7.	6.8.	6.13.	7.1.	8.1.	8.2.	8.3.	8.4.	11.0.	12.0.	
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
												X
												X
												X
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

Примечание: * - по услугам с подтвержденными дефектами ставится "1", знаком "x" маркируются если отсутствует дефект или нет информации.

Приложение 17
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ КР ДСМ-23
Приложение 25
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Акт мониторинга качества и объема консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой

норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи

№ _____ от " ____ " _____ 20__ года

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

(Наименование заказчика)

(Наименование поставщика)

№ п/п	Код по Перечню	Наименование случая	Подлежит к снятию	
			Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5
1.		I. Реестр оказанных консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторной поликлинической помощи, прошедших текущий мониторинг		
2.		в том числе за отчетный период		
3.		в том числе за предыдущие периоды		
4.		всего дефектов, из них по видам:		
5.	2.0.	Некорректное оформление учетно-отчетной документации, ввод данных в ИС		
6.	3.0.	Необоснованное завышение объема оказанной медицинской помощи/услуг		
8.	5.0.	Случаи приписок		
9.	6.0.	Необоснованное отклонение лечебно-диагностических мероприятий, оказания услуг от стандартов, правил в области здравоохранения/клинических протоколов		
10.	7.0.	Длительность ожидания медицинских услуг		
11.	8.0.	Обоснованные жалобы на качество оказания медицинских услуг:		
12.	11.0.	Услуги ВТМУ и по перечню медицинских услуг, не включенные в договор		
13.	12.0.	Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП/ОСМС		
14.		I. Реестр оказанных консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторной поликлинической помощи, прошедших целевой мониторинг		

15	в том числе за отчетный период		
16	в том числе за предыдущие периоды		
17	всего дефектов, из них по видам:		
18	2.0. Некорректное оформление учетно-отчетной документации, ввод данных в ИС		
19	3.0. Необоснованное завышение объема оказанной медицинской помощи/услуг		
20	5.0. Случаи приписок		
21	6.0. Необоснованное отклонение лечебно-диагностических мероприятий, оказания услуг от стандартов, правил в области здравоохранения/клинических протоколов		
22	7.0. Длительность ожидания медицинских услуг		
23	8.0. Обоснованные жалобы на качество оказания медицинских услуг:		
24	11.0. Услуги ВТМУ и по перечню медицинских услуг, не включенные в договор		
25	12.0. Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП/ОСМС		
26	ИТОГО по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг		

Руководитель (уполномоченное	должностное	заказчика лицо)	Должностное	лицо	заказчика
/			/		
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе)			(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/ п о д п и с ь)		
Место печати (при его наличии) (для отчета на бумажном носителе)			(для отчета на бумажном носителе)		
" ____ " _____ 20__ года					

Приложение 18
 к приказу Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 10 апреля 2019 года
 № ҚР ДСМ-23
 Приложение 26
 к Правилам оплаты услуг
 субъектов здравоохранения
 Форма

Счет-реестр за оказание специализированной медицинской помощи и

высокотехнологичных медицинских услуг

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

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____-----
Наименование бюджетной подпрограммы: _____-----
Таблица №1. Расчет суммы, предъявленной к оплате по клинико-затратным группам за оказание специализированной медицинской помощи и высокотехнологичных медицинских услуг
Стоимость базового тарифа (ставки) _____ тенге

Поправочные коэффициенты: _____

№ п /п	Наименование	Номер группы	К о д 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, 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:						
1.1.4	услуги больным со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани по перечню злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей и болезней крови, кроветворных органов						
1.2.	в с е г о стационароразмещающая 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	услуги больным со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани по перечню злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей и болезней крови, кроветворных органов						
1.2.5	стационар на дому						

Примечание:

* - Перечень №1 – перечень медицинских услуг стационарной медицинской помощи, перешедшие с перечня высокотехнологичных медицинских услуг;

Перечень №2 – перечень медицинских услуг стационарозамещающей медицинской помощи, перешедшие с перечня высокотехнологичных медицинских услуг.

Таблица №2. Расчет суммы, предъявленной к оплате по фактическим затратам за оказание специализированной медицинской помощи и высокотехнологичных медицинских услуг

№ 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, 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:					
1.1.4	услуги больным со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани по перечню злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей и болезней крови, кроветворных органов					

1.1.5	за обеспечение комплектами по уходу за младенцем (аптечка новорожденного)					
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:					
1.2.4	услуги больным со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани по перечню злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей и болезней крови, кроветворных органов					

Примечание:

* - Перечень №1 – перечень медицинских услуг стационарной медицинской помощи, перешедшие с перечня высокотехнологичных медицинских услуг;

Перечень №2 – перечень медицинских услуг стационарозамещающей медицинской помощи, перешедшие с перечня высокотехнологичных медицинских услуг.

Таблица №3. Расчет суммы, предъявленной к оплате по тарифу за один пролеченный случай по расчетной средней стоимости за оказание специализированной медицинской помощи

Оказание _____

Стоимость за пролеченный случай по расчетной средней стоимости: _____ тенге,

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

Таблица №4. Расчет суммы, предъявленной к оплате по тарифу за один койко-день за оказание специализированной медицинской помощи

Оказание _____

Стоимость 1 койко-дня: _____ тенге.

№ п/п	Наименование	Количество койко-дней	Предъявлено к оплате, тенге
1	2	4	5
1.			

2.			
	Итого		

Таблица №5. Расчет суммы, предъявленной к оплате по медико-экономическим тарифам (по блокам/схемам лечения) за оказание специализированной медицинской помощи для детей с онкологическими заболеваниями

№ п/п	Индивидуальный идентификационный номер пациента	Наименование курса лечения	Наименование блока /схемы лечения	Проведено койко-дней	Предъявлено к оплате, тенге
1	2	3	4	5	6
1.					
2.					
	Итого				

Таблица №6. Расчет суммы, предъявленной к оплате по койко-дням за оказание реабилитации для детей с онкологическими заболеваниями

Стоимость 1 койко-дня: _____ тенге

№ п/п	Наименование тарифа	Количество пролеченных случаев	Количество койко-дней	Предъявлено к оплате, тенге
1	2	3	4	5
1.1.				
2.2.				
	Итого	X		

Таблица №7. Расчет суммы, предъявленной к оплате за оказание услуг в приемном покое

№ п/п	Наименование услуги	Количество	Сумма, тенге
1	2	3	4
1.			
2.			
	Итого		

Таблица №8. Расчет суммы лизинговых платежей

№ п/п	Наименование	Количество пролеченных больных	Количество услуг	Сумма лизингового платежа к оплате, тенге
1	2	3	4	5
1.	Всего с использованием медицинской техники по стационарной помощи, приобретенной на условиях финансового лизинга: Медицинское оборудование:			
1.1.				
1.2.				
2.	Всего с использованием медицинской техники по стационарзамещающей помощи, приобретенной на условиях финансового лизинга: Медицинское оборудование:			
2.1.				
2.2.				

3.	Итого			
----	-------	--	--	--

Итого к оплате: _____ тенге

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо): _____

_____ / _____

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

п о д п и с ь)

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/

(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " ____ 20 ____

года

Приложение 19
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ КР ДСМ-23
Приложение 31
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

**Протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию
специализированной медицинской помощи и высокотехнологичных
медицинских услуг**

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

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

(Наименование заказчика)

(Наименование поставщика)

Таблица №1. Расчет суммы, предъявленной к оплате с применением
Линейной шкалы оценки исполнения договора за превышение месячной
суммы

				Применение линейной шкалы

Таблица №6. Расчет суммы, принимаемой к оплате по медико-экономическим тарифам (по блокам/схемам курса лечения) с учетом мониторинга качества и объема

№	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
1.								
Итого								

Таблица №7. Расчет суммы, принимаемой к оплате по тарифу за один пролеченный случай по средней расчетной стоимости и койко-дням за реабилитацию для детей с онкозаболеваниями с учетом мониторинга качества и объема

№	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
1.							
Итого		X		X		X	

Таблица №8. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание услуг в приемном покое

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате		Снято				Принято к оплате	
		количество	сумма, тенге	1.5	1.6	1.7	1.8	количество	сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Услуги в приемном покое								

Таблица №9. Расчет суммы лизинговых платежей

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате		Подлежит к снятию		Принято к оплате	
		Количество услуг	Сумма, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Всего с использованием медицинской техники по стационарной помощи, приобретенной на условиях финансового лизинга: Медицинское оборудование						

2.	Всего с использованием медицинской техники по стационарозамещающей помощи, приобретенной на условиях финансового лизинга: Медицинское оборудование						
	Итого						

Таблица №10. Расчет суммы иных выплат/вычетов

№ п/п	Назначение (причины, выбранные из справочника при внесении Иных вычетов / выплат)	Основание	Выплаты, сумма тенге	Вычеты, сумма тенге
1	2	3	4	5
1.				
	Итого			

Всего предъявлено к оплате _____ тенге;
 Всего предъявлено к оплате _____ тенге
 Руководитель _____ заказчика
 (уполномоченное должностное лицо): _____

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

Должностные лица заказчика: _____
 ____/_____
 (Подпись/Фамилия, имя, отчество (при его наличии))
 (для протокола на бумажном носителе)

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

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

Дата " _____ " _____ 20 ____ года
 Ознакомлен: _____/_____
 (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись))
 (для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/
 (для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20
 ____ года

**Реестр случаев госпитализации за отчетный период, подлежащих оплате
 период с " ___ " _____ 20 __ года по " ___ " _____ 20 __ года**

(Наименование поставщика)

Тариф: по клинико-затратным группам, по фактическим затратам, за один пролеченный случай, по койко-дням, по комплексному тарифу, по комплексному подушевому нормативу села*

№ п/п	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		№ КЗГ	Количество базовых ставок**	Количество случаев
					Код МКБ-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											
1.											X
Итого по ВТМУ КС											
Случаи СЗТ											
1.											X
Итого по СЗТ											
Случаи ВТМУ ДС											
1.											
Итого по ВТМУ ДС											
Итого по стационарной помощи											
ИТОГО											

Примечание:

* - включаются случаи, подлежащие оплате после результатов мониторинга качества и объема медицинских услуг;

реестр не формируется при оплате по комплексному тарифу при оказании медицинской помощи онкологическим больным, медико - социальной помощи

больным туберкулезом, алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией и лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями);

реестр не формируется при оплате по комплексному подушевому нормативу села при оплате по тарифу за один пролеченный случай, по койко - дням столбцы 10,11 не формируются, и не отражаются при формировании реестра;

в реестре указываются соответствующие тарифы, по которым поставщик финансируется.

Приложение 21
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ ҚР ДСМ-23
Приложение 37
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

**Реестр случаев госпитализаций, прошедших текущий мониторинг*
период с " ___ " _____ 20__ года по " ___ " _____ 20__ года**

(Наименование поставщика)

№ п /п	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		№ КЗГ
					Код МК Б-10	Наименование	Код	Наименование	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
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 предыдущие периоды									
Всего случаев по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг***									

продолжение таблицы

Код по перечню**															
1.1.	1.3.	1.4.	1.5.	2.1.	2.2.	3.1.	3.2.	3.3.	4.0.	5.1.	5.2.	5.3.	5.4.	6.1.	6.2.
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Случаи СМП															
Случаи ВТМУ КС															
Случаи СЗТ															
Случаи ВТМУ ДС:															

продолжение таблицы

Код по перечню**							
6.3.	6.4.	6.5.	6.6.	6.7.	6.11.	6.13.	6.14.
27	28	29	30	31	32	33	34
Случаи СМП							
Случаи ВТМУ КС							
Случаи СЗТ							
Случаи ВТМУ ДС:							

продолжение таблицы

Код по перечню**							

8.1.	8.2.	8.3.	8.4.	9.0.	10.0.	11.0.	12.0.
35	36	37	38	39	40	41	42
Случаи СМП							
Случаи ВТМУ КС							
Случаи СЗТ							
Случаи ВТМУ ДС:							

продолжение таблицы

Количество случаев				Предъявленная сумма	Сумма к снятию (в тенге)
Всего	Подлежит оплате	не подлежит оплате	подлежит частично оплате		
43	44	45	46	47	48
Случаи СМП					
x	x	x	x		
Случаи ВТМУ КС					
x	x	x	x		
Случаи СЗТ					
x	x	x	x		
Случаи ВТМУ ДС:					
x	x	x	x		

Примечания:

* - в случае предоставления поставщиком услуг по двум и более тарифам, таблица реестра формируется отдельно для каждого типа тарифа при оплате по

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 предыдущие периоды										
Всего случаев по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг***										

продолжение таблицы

Код по перечню**										
1.1.	1.3.	1.4.	1.5.	2.1.	2.2.	3.1.	3.2.	3.3.	4.0.	5.1.
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Случаи СМП										
Случаи ВТМУ КС										
Случаи СЗТ										
Случаи ВТМУ ДС:										

продолжение таблицы

Код по перечню**										
5.2.	5.3.	5.4.	6.1.	6.2.	6.3.	6.4.	6.5.	6.6.	6.7.	6.11.
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
Случаи СМП										
Случаи ВТМУ КС										

Случаи СЗТ										
Случаи ВТМУ ДС:										

продолжение таблицы

Код по перечню**										
6.13.	6.14.	8.1.	8.2.	8.3.	8.4.	9.0.	10.0.	11.0.	12.0.	
33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	
Случаи СМП										
Случаи ВТМУ КС										
Случаи СЗТ										
Случаи ВТМУ ДС:										

продолжение таблицы

Количество случаев					Предъявленная сумма	Сумма к снятию (в тенге)
Всего	Подлежит оплате	не подлежит оплате	подлежит частично	оплате		
43	44	45	46		47	48
Случаи СМП						
X	X	X	X			
Случаи ВТМУ КС						
X	X	X	X			

Случаи СЗТ					
X	X	X	X		
Случаи ВТМУ ДС:					
X	X	X	X		

Примечания:

* - в случае предоставления поставщиком услуг по двум и более тарифам, таблица реестра формируется отдельно для каждого типа тарифа при оплате по комплексному тарифу при оказании медицинской помощи онкологическим больным, медико-социальной помощи больным туберкулезом, алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией и лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями) и по комплексному подушевому нормативу села, столбцы 26, 37 не формируются и не отражаются при формировании реестра при оплате по комплексному тарифу при оказании медицинской помощи онкологическим больным, медик-социальной помощи больным туберкулезом, алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией и лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями) и по комплексному подушевому нормативу села, строки "Случаи ВТМУ КС", "Итого по ВТМУ КС", "Случаи ВТМУ ДС", "Итого по ВТМУ ДС" не формируются и не отражаются при формировании реестра;

** - в столбце "Код по перечню" по подтвержденным дефектам ставится "1", знаком "x" маркируются если отсутствует дефект или нет информации, в строке "итога" граф "Код по перечню*" указываются общее количество случаев с подтвержденными дефектами;

*** - указывается в итоговых строках акта мониторинга и протокола исполнения договора;

в реестре указываются соответствующие тарифы, по которым медицинская организация финансируется.

Приложение 23
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ ҚР ДСМ-23
Приложение 43
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

села, столбцы 3-10, 12,14,16, 18-26 не формируются и не отражаются при формировании акта мониторинга;

в акте мониторинга указываются соответствующие тарифы, по которым медицинская организация финансируется.

Руководитель _____ заказчика
(уполномоченное _____ должностное _____ лицо)
_____/_____ Должностное _____ лицо _____ заказчика
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) _____/_____
(для отчета на бумажном носителе) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
Место печати _____ (при его наличии)/ (для отчета на бумажном носителе)
(для отчета на бумажном носителе)
" ____ " _____ 20__ года

Приложение 24
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ КР ДСМ-23
Приложение 46
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Реестр случаев госпитализаций, подлежащих и не подлежащих оплате, в том числе частично по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг период с " ____ " _____ 20__ года по " ____ " _____ 20__ года

(Наименование поставщика)

Тариф: по клинико-затратным группам, по фактическим затратам, за один пролеченный случай, по койко-дням, по комплексному тарифу*

№ п/п	№ ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		№ КЗГ	Количество базовых ставок	Строка монито качества объема проток исполн догово
					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												
в том числе за отчетный период												
в том числе за прошедшие периоды												

Примечание:

*в случае предоставления поставщиком услуг по двум и более тарифам, таблица реестра формируется отдельно для каждого типа тарифа при оплате по комплексному тарифу при оказании медицинской помощи онкологическим больным, медико-социальной помощи больным туберкулезом, алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией и лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями) и по комплексному подушевому нормативу села, столбец 14 не формируются и не отражаются при формировании реестра при оплате по комплексному тарифу при оказании медицинской помощи онкологическим больным, медико-социальной помощи больным туберкулезом, алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией и лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями) и по комплексному подушевому нормативу села, строки "Случаи ВТМУ КС", "Итого по ВТМУ КС", "Случаи ВТМУ ДС", "Итого по ВТМУ ДС" не формируются и не отражаются при формировании реестра;

в реестре указываются соответствующие тарифы, по которым медицинская организация финансируется;

в реестре указываются случаи, которые прошли мониторинг и отражены в нескольких строках акта мониторинга или протокола исполнения договоров.

Приложение 25
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ КР ДСМ-23
Приложение 47
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Акт оказанных услуг

по специализированной медицинской помощи и высокотехнологичным медицинским услугам

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

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

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

Наименование поставщика _____

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: _____

_____ тенге

Таблица №1. Сумма, принятая к оплате по клинико-затратным группам за оказание специализированной медицинской помощи и высокотехнологичной медицинской услуги

Стоимость базового тарифа (ставки): _____

_____ тенге

№ п /п	Наименование	Предъявлено к оплате по счету-реестру		Принято к оплате с учетом Линейной шкалы, мониторинга и экспертизы	
		Число пролеченных больных (человек)	Сумма (тенге)	Число пролеченных больных (человек)	Сумма (тенге)

1	2	3	4	5	6
1.	Всего, 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:				
1.1.4	услуги больным со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани по перечню злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей и болезней крови, кроветворных органов				
1.2.	всего стационарзамещающая 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	услуги больным со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани по перечню злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей и болезней крови, кроветворных органов				
1.2.5	стационар на дому:				

Примечание:

* - Перечень №1 – перечень медицинских услуг стационарной медицинской помощи, перешедшие с перечня высокотехнологичных медицинских услуг;

Перечень №2 – перечень медицинских услуг стационарзамещающей медицинской помощи, перешедшие с перечня высокотехнологичных медицинских услуг.

Таблица №2. Сумма, принятая к оплате по фактическим затратам за оказание специализированной медицинской помощи и высокотехнологичной медицинской услуги

№ п /п	Наименование	Предъявлено к оплате по счету-реестру		Принято к оплате с учетом Линейной шкалы, мониторинга и экспертизы	
		Число пролеченных больных (человек)/сеансов	Сумма (тенге)	Число пролеченных больных (человек) /сеансов	Сумма (тенге)

1	2	3	4	5	6
1.	Всего, 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:				
1.1.4	услуги больным со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани по перечню злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей и болезней крови, кроветворных органов				
1.1.5	за обеспечение комплекта по уходу за младенцем (аптечка новорожденного)				
1.2.	всего стационарзамещающая 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	услуги больным со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани по перечню злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей и болезней крови, кроветворных органов				

Примечание:

* - Перечень №1 – перечень медицинских услуг стационарной медицинской помощи, перешедшие с перечня высокотехнологичных медицинских услуг;

Перечень №2 – перечень медицинских услуг стационарзамещающей медицинской помощи, перешедшие с перечня высокотехнологичных медицинских услуг.

Таблица №3. Сумма, принятая к оплате по тарифу за один пролеченный случай по расчетной средней стоимости за оказание специализированной медицинской помощи

Оказание _____

Стоимость за пролеченный случай по расчетной средней стоимости: _____

тенге

Наименование	Предъявлено к оплате по счету-реестру			Принято к оплате с учетом Линейной шкалы, мониторинга и экспертизы		
	Число пролеченных			Число пролеченных		

№ п/п		больных человек)	(Количество койко-дней	Сумма (тенге)	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	Стационарная медицинская помощь						
1.2	Стационаророзамещающая медицинская помощь						

Таблица №4. Сумма, принятая к оплате по тарифу за один койко-день за оказание специализированной медицинской помощи

Оказание _____

Стоимость 1 койко-дня: _____ тенге

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате по счету-реестру			Принято к оплате с учетом Линейной шкалы, мониторинга 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	Стационарная медицинская помощь						
1.2	Стационаророзамещающая медицинская помощь						

Таблица №5. Сумма, принятая к оплате по медико-экономическим тарифам (по блокам (схемам) курса лечения) за оказание специализированной медицинской помощи

№	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
1.						
2.						
	Итого					

Таблица №6. Сумма, принятая к оплате по койко-дням за оказание реабилитации 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
1.					
2.					
	Итого	X		X	

Таблица №7. Сумма, принятая к оплате за оказание услуг в приемном покое

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате		Принято к оплате	
		Количество оказанных услуг	Сумма (тенге)	Количество оказанных услуг	Сумма (тенге)
1	2	3	4	5	6
1.	За оказание услуг в приемном отделении				

Таблица №8. Принятая сумма лизинговых платежей

№ п/п	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)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.							
2.							
	Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга						

Всего принято к оплате: _____ тенге, в том числе:
сумма для оплаты лизинговых платежей: _____ тенге;
удержанная сумма: _____ тенге, из них:
по результатам мониторинга качества и объема: _____ тенге;
за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом, не
прошедшие мониторинг качества и объема: _____ тенге;
за пролеченные случаи текущего периода, оказанные вне условий Договора,
не прошедшие мониторинга 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
исходом, прошедшие мониторинг качества и объема в отчетном периоде: _____
_____ т е н г е ;

за пролеченные случаи прошедшего периода, оказанные вне условий Договора, прошедшие мониторинг качества и объема: _____ тенге;
 Сумма снятая: _____ тенге / принятая: _____ тенге, из них:
 выплаты: _____ 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 сумма лизинговых платежей: _____ тенге.

Заказчик: _____ Поставщик: _____
 (наименование заказчика) (наименование поставщика)
 Адрес: _____ Адрес: _____
 БИН: _____ БИН: _____
 ИИК: _____ ИИК: _____
 БИК: _____ БИК: _____
 _____ Наименование банка: _____
 (наименование бенефициара)
 Код: _____
 КБЕ: _____ КБЕ: _____
 Руководитель: _____ / _____ Руководитель: _____ / _____
 (Фамилия, имя, отчество /подпись) (Фамилия, имя, отчество / подпись)
 (при его наличии) (при его наличии)
 (для акта на бумажном носителе) (для акта на бумажном носителе)
 Место печати (при его наличии) Место печати (при его наличии) (при наличии)/
 (для акта на бумажном носителе) (для акта на бумажном носителе)

Приложение 26
 к приказу Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 10 апреля 2019 года
 № ҚР ДСМ-23
 Приложение 49
 к Правилам оплаты услуг
 субъектов здравоохранения

Перечень случаев, подлежащих оплате за фактически понесенные расходы

№ п/п	Код	Наименование
1	2	3
		Лечение (ВТМУ)
1.	00.93	Забор органа и/или ткани от трупа для трансплантации
2.	33.5	Трансплантация легких
3.	33.6	Комбинированная трансплантация комплекса "сердце – легкое"
4.	37.51	Трансплантация сердца
5.	41.06	Трансплантация пуповинных стволовых клеток

6.	50.52	Трансплантация печени от кадавра
7.	52.80	Трансплантация поджелудочной железы, неуточненная
8.	55.62	Трансплантация почки от кадавра
9.	35.991	Клипирование митрального отверстия
10.	37.941	Замена автоматического кардиовертера/дефибриллятора, системы в целом
11.	78.191	Применение внешнего фиксирующего устройства на кости таза, требующих этапной коррекции
12.	92.291	Радио-йод терапия заболеваний щитовидной железы
		Лечение (СМП)
13.	41.94	Трансплантация селезенки
14.	78.05	Трансплантация бедренной кости
15.	78.07	Трансплантация большеберцовой и малоберцовой кости

Примечание:

ВТМУ – высокотехнологичные медицинские услуги;

СМП – специализированная медицинская помощь.

Приложение 27
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ ҚР ДСМ-23
Приложение 50
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения

Перечень случаев, подлежащих оплате по стоимости клиничко-затратных групп с оплатой дополнительных расходов

№	Код	Наименование
1	2	3
Перечень операций, подлежащих оплате по стоимости КЗГ, с дополнительным возмещением затрат		
1	02.93	Имплантация или замена электрода (электродов) интракраниального нейростимулятора
2.	03.7993	Имплантация нейростимулятора головного мозга с применением стереотаксической системы
3.	03.93	Имплантация или замена электрода (электродов) спинального нейростимулятора
4.	35.05	Эндоваскулярная замена аортального клапана
5.	36.11	Аортокоронарное шунтирование одной коронарной артерии
6.	36.12	Аортокоронарное шунтирование двух коронарных артерий
7.	36.13	Аортокоронарное шунтирование трех коронарных артерий
8.	36.14	Аортокоронарное шунтирование четырех или более коронарных артерий
9.	81.9610	Замена сустава и/или кости при опухоли костей
10.	80.267	Артроскопические операции при гемофилии
11.	80.865	Прочее местное иссечение деструкции и повреждения сустава при гемофилии
12.	81.515	Полная замена бедренной кости при гемофилии
13.	81.516	Полная замена тазобедренного сустава при гемофилии

14.	81.526	Частичная замена тазобедренного сустава при гемофилии
15.	81.545	Полная замена колена при гемофилии
16.	83.755	Перемещение или трансплантация сухожилия при гемофилии
Перечень услуг/манипуляций подлежащих оплате по стоимости КЗГ основного диагноза с дополнительным возмещением затрат		
17.	39.65	Экстракорпоральная мембранная оксигенация
18.	39.7916	Эндоваскулярная химиоэмболизация первичных и вторичных метастатических опухолей различных локализаций
19.	39.7949	Химиоэмболизация печеночных артерий при гепатоцеллюлярной карциноме
20.	92.231	Конформная лучевая терапия
21.	92.241	Интенсивно-модулированная лучевая терапия опухолей различных локализаций
22.	92.242	Интенсивно-модулированная лучевая терапия (IMRT) злокачественных новообразований висцеральных органов грудной клетки, брюшной полости, малого таза и лимфом
23.	92.243	ЛТМИ -лучевая терапия с модуляцией (изменением) интенсивности (флюенса) внутри пучка во время облучения при раке молочной железы
24.	92.244	ЛТМИ -лучевая терапия с модуляцией (изменением) интенсивности (флюенса) внутри пучка во время облучения органов головы и шеи
25.	92.245	Интенсивности-модулированная лучевая терапия (IMRT) при раке женских гениталий
26.	92.246	Лучевая терапия, управляемая изображениями для опухолей отдельных локализаций
27.	92.247	Дистанционная лучевая терапия с использованием фотонов на линейном ускорителе
28.	92.202	Интерстициальная лучевая терапия (брахитерапия) локализованного рака предстательной железы
29.	92.201	Высокодозная брахитерапия рака предстательной железы
30.	99.25	Полихимиотерапия (онкология)
31.	99.2900	Лечение рефрактерных форм идиопатической тромбоцитопенической пурпуры иммуноглобулинами и моноклональными антителами
32.	99.2901	Комбинированная иммуно-супрессивная терапия апластической анемии у детей
33.	99.2902	Высокодозная химиотерапия гистицитоза из клеток Лангерганса (LCH – III)
34.	99.2903	Высокодозная химиотерапия заболеваний кроветворной системы
35.	99.0601	Введение наследственного фактора VIII при его дефиците
36.	99.0602	Введение наследственного фактора IX при его дефиците
37.	В06.573.008	Иммунофенотипирование "панель для миеломной болезни" в крови методом проточной цитофлуориметрии
38.	В06.574.008	Иммунофенотипирование "панель для острых лейкозов" в крови методом проточной цитофлуориметрии
39.	В06.576.008	Иммунофенотипирование "панель для хронических лейкозов/ лимфопролиферативных заболеваний" в крови методом проточной цитофлуориметрии
40.	В09.766.016	Молекулярно-цитогенетическое исследование с использованием ДНК-зондов (ФИШ-метод) клеток костного мозга (1 зонд)
41.	В09.767.016	Молекулярно-цитогенетическое исследование с использованием ДНК-зондов (ФИШ-метод) лимфоцитов периферической крови (1 зонд)
42.	В09.769.016	Молекулярно-цитогенетическое исследование с использованием ДНК-зондов (ФИШ-метод) цитологических препаратов, гистологических срезов (1 зонд)
43.	В09.800.017	Проведение HLA-типирования крови 2 класса молекулярно-генетический методом

44.	B09.799.017	Проведение HLA-типирования крови 1 класса молекулярно-генетический методом
45.	D92.320.024	Дистанционная лучевая терапия
46.	D92.320.025	Дистанционная лучевая терапия, РОД Гр
47.	D92.201.029	Внутриполостная гамматерапия (при раке шейки матки и прямой кишки), РОД 5Гр
48.	D92.060.023	Предлучевая топометрическая подготовка - центрация
49.	B06.660.011	Исследование блок-препарата опухолевой ткани иммуногистохимическим методом с использованием 1-4 маркеров
50.	B06.670.011	Исследование блок-препарата опухолевой ткани иммуногистохимическим методом с использованием 5-10 маркеров
51.	B06.671.011	Исследование блок-препарата опухолевой ткани иммуногистохимическим методом с использованием более 10 маркеров
52.	B06.667.011	Исследование чувствительности опухолевых клеток к заместительной терапии иммуногистохимическим методом
53.	B06.668.011	Исследование чувствительности опухолевых клеток к химиопрепаратам иммуногистохимическим методом
54.	B06.669.011	Исследование на лимфопролиферативные заболевания иммуногистохимическим методом (стандарт-панель)
55.	B06.673.011	Исследование лимфопролиферативных заболеваний иммуногистохимическим методом (расширенная панель)
56.	C04.010.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография перфузионная статическая головного мозга (3 проекции)
57.	C04.011.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография перфузионная динамическая головного мозга
58.	C04.001.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография статическая миокарда (3 проекции)
59.	C04.002.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография статическая скелета (1 проекция)
60.	C04.003.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография динамическая скелета (1 проекция)
61.	C04.004.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография статическая скелета - каждая последующая проекция
62.	C04.013.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография (сцинтиграфия динамическая гепатобилиарной системы)
63.	C04.014.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография (сцинтиграфия динамическая почек)
64.	C04.006.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография статическая щитовидной железы
65.	C04.012.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография (сцинтиграфия динамическая сердца)
66.	C04.001.010	Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) + компьютерная томография одной анатомической зоны
67.	C04.002.010	Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) + компьютерная томография всего тела
68.	B08.851.021	Исследование биопсийного материала методом иммунофлюоресцентной микроскопии
69.	B08.851.022	Исследование гистологического/цитологического материала методом электронной микроскопии
70.	B09.801.019	Диагностика орфанных заболеваний в крови методом масс-спектрометрии
71.	B09.802.019	Лекарственный мониторинг орфанных заболеваний методом масс-спектрометрии

72.	D39.955.703	Гемодиализ в условиях круглосуточного стационара
73.	D50.920.035	Альбуминовый диализ на аппарате искусственная печень - MARS (экстракорпоральное печеночное пособие)
74.	D54.980.704	Имплантация перитонеального катетера у взрослых
75.	D54.980.705	Имплантация перитонеального катетера у детей
76.	D54.985.728	Автоматизированный перитонеальный диализ с бикарбонатным буфером на уровне круглосуточного стационара (взрослые)
77.	D54.985.709	Автоматизированный перитонеальный диализ с бикарбонатным буфером на уровне круглосуточного стационара (дети)
78.	D54.986.710	Автоматизированный перитонеальный диализ с лактатным буфером на уровне круглосуточного стационара (взрослые)
79.	D54.985.725	Автоматизированный перитонеальный диализ с лактатным буфером на уровне круглосуточного стационара (дети)
80.	D54.985.718	Постоянный перитонеальный диализ с лактатным буфером на уровне круглосуточного стационара (взрослые)
81.	D54.985.719	Постоянный перитонеальный диализ с лактатным буфером на уровне круглосуточного стационара (дети)
82.	D54.985.720	Постоянный перитонеальный диализ с бикарбонатным буфером на уровне круглосуточного стационара (взрослые)
83.	D54.985.722	Постоянный перитонеальный диализ с бикарбонатным буфером на уровне круглосуточного стационара (дети)
Перечень основных кодов заболеваний по МКБ -10, при которых проводится оплата по стоимости КЗГ с дополнительным возмещением затрат		
Ишемические инсульты с применением тромболитических препаратов		
84.	I63.0	Инфаркт мозга, вызванный тромбозом прецеребральных артерий
85.	I63.1	Инфаркт мозга, вызванный эмболией прецеребральных артерий
86.	I63.2	Инфаркт мозга, вызванный неуточненной закупоркой или стенозом прецеребральных артерий
87.	I63.3	Инфаркт мозга, вызванный тромбозом мозговых артерий
88.	I63.4	Инфаркт мозга, вызванный эмболией мозговых артерий
89.	I63.5	Инфаркт мозга, вызванный неуточненной закупоркой или стенозом мозговых артерий
90.	I63.6	Инфаркт мозга, вызванный тромбозом вен мозга, непигенный
91.	I63.8	Другой инфаркт мозга
92.	I63.9	Инфаркт мозга неуточненный
Острый инфаркт миокарда с подъемом ST с применением тромболитических препаратов		
93.	I21.0	Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда
94.	I21.1	Острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда
95.	I21.2	Острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций
96.	I21.3	Острый трансмуральный инфаркт миокарда неуточненной локализации
97.	I21.9	Острый инфаркт миокарда неуточненный
98.	I22.0	Повторный инфаркт передней стенки миокарда
99.	I22.1	Повторный инфаркт нижней стенки миокарда
100	I22.8	Повторный инфаркт миокарда другой уточненной локализации
.		

101	I22.9	Повторный инфаркт миокарда неуточненной локализации
Тромбоэмболия ветвей легочной артерии с применением тромболитических препаратов		
102	I26.0	Легочная эмболия с упоминанием об остром легочном сердце
103	I26.9	Легочная эмболия без упоминания об остром легочном сердце
Циррозы и фиброзы печени		
104	K70.2	Алкогольный фиброз и склероз печени
105	K70.3	Алкогольный цирроз печени
106	K71.7	Токсическое поражение печени с фиброзом и циррозом печени
107	K74.0	Фиброз печени
108	K74.1	Склероз печени
109	K74.2	Фиброз печени в сочетании со склерозом печени
110	K74.3	Первичный билиарный цирроз
111	K74.4	Вторичный билиарный цирроз
112	K74.5	Билиарный цирроз неуточненный
113	K74.6	Другой и неуточненный цирроз печени

Примечание:

* - для случаев с одновременным проведением операций аортокоронарного шунтирования и протезирования сердечных клапанов.

Приложение 28
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ ҚР ДСМ-23
Приложение 50-1
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Перечень привязок лекарственных средств и медицинских изделий и услуг к осложнениям основного заключительного диагноза по МКБ-10

№ п/п	Код по МКБ10	Наименование МКБ10	Доступные ЛС/МИ		Доступные услуги	
			Наименование	Характеристика	Код услуги	Наименование

1	2	3	4	5	6	7
1.	А34	Акушерский столбняк	Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1,2 мг		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
			Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с		

2.	A39.2	Острая менингококкемия		растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
3.	A40.0	Септицемия, вызванная стрептококком группы А	Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
			Меропенем	порошок для приготовления		

				раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
4.	A40.1	Септицемия, вызванная стрептококком группы В	Имуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
			Имуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		

5.	A40.3	Септицемия, вызванная Streptococcus pneumonie	Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
			Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг		
				лиофилизат для приготовления раствора для		

6.	A41.0	Септицемия, вызванная Staphylococcus aureus	Эптаког альфа (активированный)	внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
7.	A41.1	Септицемия, вызванная другим уточненным стафилококком	Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		

			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
8.	A41.3	Септицемия, вызванная <i>Haemophilus influenzae</i>	Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл	D99.712.052	Экстракорпоральный метод лечения Грамм - негативного сепсиса
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
			Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
				лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в		

9.	A41.4	Септицемия, вызванная анаэробами	Эптаког альфа (активированный)	комплекта с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг	D99.712.052	Экстракорпоральный метод лечения Грамм - негативного сепсиса
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
10	A41.5	Септицемия, вызванная другими грамотрицательными микроорганизмами	Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл	D99.712.052	Экстракорпоральный метод лечения Грамм - негативного сепсиса
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
				порошок для приготовления		

			Меропенем	раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
11	A41.9	Септицемия неуточненная	Имуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл	D99.712.052	Экстракорпоральный метод лечения Грамм - негативного сепсиса
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
			Имуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		

12	D65	Диссеминированное внутрисосудистое свертывание (синдром дефибринации)	Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
			Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг		
				лиофилизат для приготовления раствора для		

13	G93.6	Отек мозга	Эптаког альфа (активированный)	внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
14	I26.0	Легочная эмболия с упоминанием об остром легочном сердце	Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		

		Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
		Оксигенатор с комплектом магистралей взрослых для экстракорпоральной мембранной оксигенации	Оксигенатор с комплектом магистралей взрослых для экстракорпоральной мембранной оксигенации		
		Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		
		Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
		Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1,2 мг		
		Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
		Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
		Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
		Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
		Оксигенатор с комплектом магистралей взрослых для	Оксигенатор с комплектом магистралей взрослых для		
	Легочная эмболия				

15	126.9	без упоминания об остром легочном сердце	экстракорпоральной мембранной оксигенации	экстракорпоральной мембранной оксигенации		
16	150.1	Левожелудочковая недостаточность	Имуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
			Меропенем	порошок для приготовления		

				раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
			Оксигенатор с комплектом магистралей взрослых для экстракорпоральной мембранной оксигенации	Оксигенатор с комплектом магистралей взрослых для экстракорпоральной мембранной оксигенации		
17	J80	Синдром респираторного расстройства [дистресса] у взрослого	Имуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
				лиофилизат для приготовления		

		Эртапенем	раствора для инъекций 1 г		
		Оксигенатор с комплектом магистралей взрослых для экстракорпоральной мембранной оксигенации	Оксигенатор с комплектом магистралей взрослых для экстракорпоральной мембранной оксигенации		
		Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		
		Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
		Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1,2 мг		
		Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
		Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0,5 г		
		Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
		Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
		Оксигенатор с комплектом магистралей взрослых для	Оксигенатор с комплектом магистралей взрослых для		
	Острая легочная недостаточность				

18	J95.1	после торакального оперативного вмешательства	экстракорпоральной мембранной оксигенации	экстракорпоральной мембранной оксигенации		
19	J95.2	Острая легочная недостаточность после неторакального оперативного вмешательства	Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1,2 мг		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
				порошок для приготовления		

			Меропенем	раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
			Оксигенатор с комплектом магистралей взрослых для экстракорпоральной мембранной оксигенации	Оксигенатор с комплектом магистралей взрослых для экстракорпоральной мембранной оксигенации		
20	J96.0	Острая респираторная [дыхательная] недостаточность	Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
				лиофилизат для приготовления		

			Эртапенем	раствора для инъекций 1 г		
21	К65.0	Острый перитонит	Имуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
			Имуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (

22	K65.8	Другие виды перитонита		вода для инъекций) 1.2 мг		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
23	K72.0	Острая и подострая печеночная недостаточность	Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл	D50.920.035	Альбуминовый диализ на аппарате искусственная печень - MARS (экстракорпоральное печеночное пособие)
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		

			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
24	N17.0	Острая почечная недостаточность с тубулярным некрозом	Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл	D39.955.703	Гемодиализ на уровне круглосуточного стационара
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл	D39.952.713	Гемосорбция
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг	D99.710.714	Плазмаферез
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг	D39.952.715	Гемо(диа) фильтрация
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г	D39.953.716	Изолированная фильтрация
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
			Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл	D39.955.703	Гемодиализ на уровне круглосуточного стационара

25	N17.1	Острая почечная недостаточность с острым кортикальным некрозом	Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл	D39.952.713	Гемосорбция
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг	D99.710.714	Плазмаферез
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг	D39.952.715	Гемо(диа) фильтрация
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г	D39.953.716	Изолированная фильтрация
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
			Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл	D39.955.703	Гемодиализ на уровне круглосуточного стационара
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл	D39.952.713	Гемосорбция
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг	D99.710.714	Плазмаферез
				лиофилизат для приготовления		

26	N17.2	Острая почечная недостаточность с медуллярным некрозом	Эптаког альфа (активированный)	раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг	D39.952.715	Гемо(диа) фильтрация
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г	D39.953.716	Изолированная фильтрация
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
27	N17.8	Другая острая почечная недостаточность	Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл	D39.955.703	Гемодиализ на уровне круглосуточного стационара
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл	D39.952.713	Гемосорбция
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг	D99.710.714	Плазмаферез
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг	D39.952.715	Гемо(диа) фильтрация
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления	D39.953.716	

				раствора для инъекций. 1 г		Изолированная фильтрация
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
28	N99.0	Послеоперационная почечная недостаточность	Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл	D39.955.703	Гемодиализ на уровне круглосуточного стационара
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл	D39.952.713	Гемосорбция
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг	D99.710.714	Плазмаферез
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг	D39.952.715	Гемо(диа) фильтрация
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г	D39.953.716	Изолированная фильтрация
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
			Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл	D39.955.703	Гемодиализ на уровне круглосуточного стационара
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл	D39.952.713	Гемосорбция

30	O08.4	Почечная недостаточность, вызванная абортom, внематочной и молярной беременностью	Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг	D99.710.714	Плазмаферез
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг	D39.952.715	Гемо(диа) фильтрация
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г	D39.953.716	Изолированная фильтрация
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
35	O75.0	Дистресс матери во время родов и родоразрешения	Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (

				вода для инъекций) 2,4 мг		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
36	075.3	Другие инфекции во время родов	Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		

37	O75.4	Другие осложнения, вызванные акушерским оперативным вмешательством и другими процедурами	Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
			Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг		

38	O85	Послеродовой сепсис	Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
39	O88.0	Акушерская воздушная эмболия	Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			порошок для приготовления			

			Меропенем	раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
40	O88.1	Эмболия амниотической жидкостью	Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
			Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
				лиофилизат для приготовления раствора для		

41	O88.2	Акушерская эмболия сгустками крови	Эптаког альфа (активированный)	внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1,2 мг		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
42	O88.3	Акушерская пиемическая и септическая эмболия	Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1,2 мг		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		

			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
43	088.8	Другая акушерская эмболия	Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		
			Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		
			Иммуноглобулин человека нормальный	раствор для инфузий. 100 мг/мл. 100 мл		

44	О90.4	Послеродовая острая почечная недостаточность	Человеческий нормальный иммуноглобулин G	раствор для инфузий 100 мг/мл. 50 мл	D50.920.035	Альбуминовый диализ на аппарате искусственная печень - MARS (экстракорпоральное печеночное пособие)
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1.2 мг		
			Эптаког альфа (активированный)	лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 2,4 мг		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 0.5 г		
			Меропенем	порошок для приготовления раствора для инъекций. 1 г		
			Эртапенем	лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 1 г		

Приложение 29

к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ ҚР ДСМ-23

Приложение 54
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Реестр услуг скорой медицинской помощи, прошедших текущий мониторинг

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

(Наименование поставщика)

--	--	--	--	--

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.											
2.											
ИТОГО, всего дефектов											
в том числе за отчетный период											
в том числе за прошедшие периоды											
ИТОГО, сумма снятия, в тенге					X	X	X	X	X	X	X
в том числе за отчетный период					X	X	X	X	X	X	X
в том числе за прошедшие периоды					X	X	X	X	X	X	X

продолжение таблицы

Код дефекта по перечню*											Подлежит снятию (сумма в тенге)
6.4.	6.5.	6.6.	6.7.	6.13.	7.2.	8.1.	8.2.	8.3.	8.4.	12.0.	
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
											X
											X
											X
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

Примечание: * - по вызовам с подтвержденными дефектами ставится "1", знаком "x" маркируются если отсутствует дефект или нет информации.

Приложение 31
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ КР ДСМ-23
Приложение 55
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

**Акт мониторинга качества и объема медицинских услуг скорой
медицинской помощи**

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

(Наименование заказчика)

(Наименование поставщика)

№ п/п	Код по Перечню	Наименование	Подлежит к снятию	
			Количество вызовов	Сумма, тенге
	1	2	3	4
1.	I. Реестр услуг скорой медицинской помощи, прошедших текущий мониторинг			
2.	в том числе за отчетный период			
3.	в том числе за предыдущие периоды			
4.	всего дефектов, из них по видам:			
5.	1.0.	Необоснованная госпитализация		
6.	2.0.	Некорректное оформление учетно-отчетной документации, ввод данных в ИС		
7.	5.0.	Случаи приписок		
8.	6.0.	Необоснованное отклонение лечебно-диагностических мероприятий, оказания услуг от стандартов, правил в области здравоохранения/клинических протоколов		
9.	7.0.	Длительность ожидания медицинских услуг		
10.	8.0.	Обоснованные жалобы на качество оказания медицинских услуг:		
11.	12.0.	Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП/ОСМС		
12.	II. Реестр услуг скорой медицинской помощи, прошедших целевой мониторинг			
13.	в том числе за отчетный период			
14.	в том числе за предыдущие периоды			
15.	всего дефектов, из них по видам:			
16.	1.0.	Необоснованная госпитализация		
17.	2.0.	Некорректное оформление учетно-отчетной документации, ввод данных в ИС		
18.	5.0.	Случаи приписок		
19.	6.0.	Необоснованное отклонение лечебно-диагностических мероприятий, оказания услуг от стандартов, правил в области здравоохранения/клинических протоколов		
20.	7.0.	Длительность ожидания медицинских услуг		
21.	8.0.	Обоснованные жалобы на качество оказания медицинских услуг:		
22.	12.0.	Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП/ОСМС		
23.	ИТОГО по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг			

Руководитель _____ заказчика
(уполномоченное _____ должностное _____ лицо)

/

_____ Должностное _____ лицо _____ заказчика
 (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/ _____ / _____
 п о д п и с ь)
 (для отчета на бумажном носителе) _____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
 Место печати (при его наличии)/ (для отчета на бумажном носителе)
 (для отчета на бумажном носителе)
 " _____ " _____ 20__ года

Приложение 32
 к приказу Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 10 апреля 2019 года
 № ҚР ДСМ-23
 Приложение 63
 к Правилам оплаты услуг
 субъектов здравоохранения
 Форма

Реестр услуг, связанных с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом, прошедших текущий мониторинг период с " _____ " _____ 20__ года по " _____ " _____ 20__ года

(Наименование поставщика)

№ п/п	ИИН	Дата вызова	Код дефекта по перечню*					Подлежит снятию (сумма в тенге)
			2.2.	3.1.	5.2.	6.7.	12.0.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
ИТОГО, всего дефектов								X
в том числе за отчетный период								X
в том числе за прошедшие периоды								X
ИТОГО, сумма снятия, в тенге			X	X	X	X	X	
в том числе за отчетный период			X	X	X	X	X	
в том числе за прошедшие периоды			X	X	X	X	X	

Примечание: *- по услугам с подтвержденными дефектами ставится "1", знаком "x" маркируются если отсутствует дефект или нет информации.

Приложение 33
 к приказу Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 10 апреля 2019 года
 № ҚР ДСМ-23
 Приложение 63-1
 к Правилам оплаты услуг
 субъектов здравоохранения
 Форма

Реестр услуг, связанных с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом, прошедших целевой мониторинг
период с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года

(Наименование поставщика)

№ п/п	ИИН	Дата вызова	Код дефекта по перечню*					Подлежит снятию (сумма в тенге)
			2.2.	3.1.	5.2.	6.7.	12.0.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
ИТОГО, всего дефектов								X
в том числе за отчетный период								X
в том числе за прошедшие периоды								X
ИТОГО, сумма снятия, в тенге			X	X	X	X	X	
в том числе за отчетный период			X	X	X	X	X	
в том числе за прошедшие периоды			X	X	X	X	X	

Примечание: *- по услугам с подтвержденными дефектами ставится "1", знаком "x" маркируются если отсутствует дефект или нет информации.

Приложение 34
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ ҚР ДСМ-23
Приложение 64
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Акт мониторинга качества и объема услуг по транспортировке квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом

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

(Наименование заказчика)

(Наименование поставщика)

№ п/п	Код по Перечню	Наименование	Подлежит к снятию и не подлежит оплате	
			Количество вызовов	Сумма, тенге
1	2		3	4
1.	I. Реестр услуг, связанная с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом, прошедших текущий мониторинг			
2.	за отчетный период			
3.	за предыдущие периоды			
4.	всего дефектов, из них по видам:			
5.	2.0.	Некорректное оформление учетно-отчетной документации, ввод данных в ИС		
6.	3.0.	Необоснованное завышение объема оказанной медицинской помощи/услуг		
7.	5.0.	Случаи приписок		
8.	12.0.	Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП/ОСМС		
9.	II. Реестр услуг, связанная с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом, прошедших целевой мониторинг			
10.	за отчетный период			
11.	за предыдущие периоды			
12.	всего дефектов, из них по видам:			
13.	2.0.	Некорректное оформление учетно-отчетной документации, ввод данных в ИС		
14.	3.0.	Необоснованное завышение объема оказанной медицинской помощи/услуг		
15.	5.0.	Случаи приписок		
16.	12.0.	Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП/ОСМС		
17.	ИТОГО по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг			

Руководитель заказчика (уполномоченное
должностное _____ лицо)
_____/_____ Должностное _____ лицо _____ заказчика
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) _____/
(для отчета на бумажном носителе) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
Место печати (при его наличии)/ (для отчета на бумажном носителе)
(для отчета на бумажном носителе)
" ____ " _____ 20__ года

Счет-реестр

за оказание медицинской помощи сельскому населению

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

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

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

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Количество прикрепленного сельского населения _____
человек ;

Базовый комплексный подушевой норматив амбулаторно-поликлинической помощи на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "Регистр прикрепленного населения", 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 месяц _____ тенге;

Комплексный подушевой норматив на сельское население в расчете на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "Регистр прикрепленного населения", в месяц: _____ тенге, в том числе:

гарантированный компонент комплексного подушевого норматива на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "Регистр прикрепленного населения" к субъекту первичной медико-санитарной помощи, в месяц _____ тенге ;

сумма стимулирующий компонент подушевого норматива на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "Регистр

прикрепленного населения" к субъекту в месяц _____ тенге.

Количество школьников _____ человек;

Подушевой норматив на 1 школьника в месяц _____ тенге.

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате (тенге)
1	2	3
1.	Всего за оказание медицинской помощи прикрепленному населению, в том числе:	
1.1.	за оказание медицинской помощи:	
1.1.1.	за оказание специализированной медицинской помощи	
1.1.1.1	в том числе за обеспечение комплекта по уходу за младенцем (аптечка новорожденного)	
1.1.2.	за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению:	
1.1.2.1	за медицинское обслуживание школьников в организациях образования	
1.1.2.2	сумма за работу в зонах экологического бедствия	
1.1.2.3	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина	
1.2.	на стимулирование работников организации, оказывающей первичной медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки	
1.3	на стимулирование работников участковой службы в работе по программе управления заболеваниями и (или) по универсально-прогрессивной модели патронажной службы	
1.4.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:	
1.4.1.	за проведение профилактических медицинских осмотров целевых групп населения	
1.4.2.	за проведение дорогостоящих видов диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста	
2.	Сумма лизингового платежа	

Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо): _____

— — — — — / — — — — —

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика: _____ /

— — — — —

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/
(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20__
__ года

К данному счет-реестру прилагаются следующие приложения:

1) данные о динамике численности и структуре прикрепленного населения по данным портала "Регистр прикрепленного населения" по форме согласно приложению 1 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

2) расчет суммы, предъявленной к оплате на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичной медико-санитарной помощи по форме согласно приложению 2 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

3) реестр по снижению нагрузки на врача общей практики (ВОП) до уровня 1 700 человек на 1 участок по форме согласно приложению 3 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи;

4) реестр суммы, предъявленной к оплате на стимулирование работников участковой службы в работе по программе управления заболеваниями и (или) по универсально-прогрессивной модели патронажной службы по форме согласно приложению 4 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи;

5) реестр оказанных услуг первичной медико-санитарной помощи по форме согласно приложению 5 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

6) реестр оказанных клинико-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторной поликлинической помощи по форме согласно приложению 6 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

7) реестр клинико-диагностических услуг, оказанных без привлечения соисполнителя по форме согласно приложению 7 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

8) реестр клинико-диагностических услуг оказанных с привлечением соисполнителя по форме согласно приложению 8 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

9) реестр клинико-диагностических услуг, оказанных детскому населению в возрасте от 6 до 17 лет включительно по форме согласно приложению 9 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

10) реестр вызовов неотложной медицинской помощи 4 категории срочности по форме согласно приложению 10 к счету-реестру за оказание медицинской помощи сельскому населению;

11) реестр по обеспечению лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина по форме согласно приложению 11 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

12) персонифицированный реестр выписанных больных, которым оказана стационарная и стационарозаменяющая помощь по форме согласно приложению 12 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

13) реестр оказанных клиничко-диагностических услуг с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга по форме согласно приложению 13 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению.

Примечание: - указываются поправочные коэффициенты, применительные к конкретному субъекту здравоохранения, оказывающему КДУ.

Приложение 1
к счету-реестру за оказание
медицинской помощи поставщиком
сельскому населению
Форма

Данные о динамике численности и структуре прикрепленного населения по данным портала "Регистр прикрепленного населения"*

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

Таблица №1. Динамика численности прикрепленного населения человек

№ п/п	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			
1	2	3	4	5	отказ по свободному выбору	смерть	выезд	9
1.								
2.								

Таблица №2. Половозрастная структура прикрепленного населения на конец отчетного периода человек

№ п/п	Возраст	Итого количество прикрепленного населения	в том числе:	
			Мужчины	Женщины

1	2	3	4	5
1.	0-12 месяцев			
2.	12 месяцев - 4 года			
3.	5-9 лет			
4.	10-14 лет			
5.	15-19 лет			
6.	20-29 лет			
7.	30-39 лет			
8.	40-49 лет			
9.	50-59 лет			
10.	60-69 лет			
11.	70 и старше			
	Итого			

Подтверждаем, что

1) количеству прикрепленного населения за отчетный период соответствует:

- по новорожденным: количеству медицинских свидетельств о рождении, выданных поставщиком 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 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 поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20__
__ года

Примечание: * - данные таблицы представляются в качестве информации о динамике численности и структуре прикрепленного населения по данным

2.	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП							
3.	Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями							
4.	Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома							
5.	Своевременно диагностированный туберкулез легких							
6.	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (T0-T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0)							
7.	Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечнососудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)							
8.	Обоснованные жалобы							

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата "_____" _____ 20__
года

Примечание:

* - расчет фактического показателя приведен на основании данных портала "Регистр прикрепленного населения";

** - значение целевого показателя установлено в соответствии с Соглашением о результатах по целевым трансфертам на текущий финансовый год, заключенным между Министром здравоохранения Республики Казахстан и Акимом области, городов республиканского значения и столицы и соответствует данным портала "ДКПН";

- количество баллов указано в максимальном значении в соответствии с Методикой формирования тарифов, утвержденной уполномоченным органом согласно пункта 2 статьи 23 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье населения и системе здравоохранения", сумма распределена по индикаторам конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП, на основании данных по заключенному договору на оказание ГОБМП;

*** - значения соответствуют данным портала "ДКПН" после закрытия отчетного периода в портале "ДКПН" Фондом.

Приложение 3
к счету-реестру за оказание
медицинской помощи
сельскому населению
Форма

Реестр по снижению нагрузки на врача общей практики (ВОП) до уровня 1 700 человек на 1 участок

№ п/п	№ и наименование нового участка (при его наличии)	Дата открытия нового участка	Признак участка (город/село)	Профиль участка (ВОП)	Количество прикрепленного населения на участок	Результат за отчетный период*	Результат за _____ (указать нарастающий итог)*
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							

Примечание: * - под результатом подразумевается описательная часть мероприятия по снижению нагрузки на врача общей практики (ВОП) до уровня 1 700 человек на 1 участок, путем создания новых участков. Необходимо указать общее количество прикрепленного населения, количество участков в организации и среднее количество прикрепленного населения на 1 участок ВОП до и после открытия новых участков.

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20____
года

Приложение 4
к счету-реестру за оказание
медицинской помощи
сельскому населению
Форма

**Реестр суммы, предъявленной к оплате на стимулирование работников
участковой службы в работе по программе управления
заболеваниями и (или) по универсально-прогрессивной модели
патронажной службы**

№	Ф.И.О	Должность/ функционал	Стаж работы	Количество рабочих дней за отчетный период	Количество фактически отработанных дней	Дата получения сертификата	Дата внедрения	Охват населения, нуждающегося в динамическом наблюдении с заболеваниями (%)	Охват беременных, родильниц, новорожденных и детей до пяти лет (%)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Программа управления заболеваниями									
1.									
2.									
	Итого								
Универсально-прогрессивная модель патронажной службы									

1.									
2.									
	Итого								

Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии)/
(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20__
года

Приложение 5
к счету-реестру за оказание
медицинской помощи поставщиком
сельскому населению
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* *
1	2	3	4	5	6
1.					
2.					
3.	услуги по проведению скрининговых исследований на раннюю диагностику злокачественных новообразований (в разрезе видов скринингов)				
3.1.	На выявление рака молочной железы				
3.2.	На выявление рака шейки матки				
3.3.	На выявление колоректального рака				
	Итого				

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо): _____
----- / -----

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

— — — — —

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)

(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20_

__ года

Примечание:

* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в ИС "АПП";

** - итоговая сумма не влияет на оплату за отчетный период.

Приложение 6
к счету-реестру за оказание
медицинской помощи поставщиком
сельскому населению
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
1	2	3	4	5	6
1.					
2.					
3.	услуги по проведению скрининговых исследований на раннюю диагностику злокачественных новообразований (в разрезе видов скринингов)				
3.1	На выявление рака молочной железы				
3.2	На выявление рака шейки матки				
3.3	На выявление колоректального рака				
4.	Услуги по проведению дорогостоящих видов диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста				

Итого

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии)
(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20__
года

Примечание:

* - данные формируются на основании введенных данных, внесенных поставщиком в ИС "АПП".

Приложение 7
к счету-реестру за оказание
медицинской помощи поставщиком
сельскому населению
Форма

Реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных без привлечения соисполнителя*

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

№ п/п	Полный код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге **
1	2	3	4	5	6
1.					
2.					
3.	Услуги по проведению скрининговых исследований на раннюю диагностику злокачественных новообразований (в разрезе видов скринингов)				
3.1	На выявление рака молочной железы				
3.2	На выявление рака шейки матки				

3.3	На выявление колоректального рака			
4.	Услуги по проведению дорогостоящих видов диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста			
Итого				

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20 ____
года

Примечание:

* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в ИС "АПП";

** - итоговая сумма не влияет на оплату за отчетный период.

Приложение 8
к счету-реестру за оказание
медицинской помощи поставщиком
сельскому населению
Форма

Реестр консультативно-диагностических услуг оказанных с привлечением соисполнителя*

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

№ п/п	Полный код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге **
1	2	3	4	5	6
Наименование соисполнителя _____ (по договору соисполнения от № ____)					
1.	Услуги по договору соисполнения, итого				
1.1.	по направлениям специалистов ПМСП, итого				
1.1.1.	услуги по проведению скрининговых исследований на раннюю диагностику злокачественных новообразований (в разрезе видов скринингов)				

1.1.1.1	На выявление рака молочной железы			
1.1.1.2	На выявление рака шейки матки			
1.1.1.3	На выявление колоректального рака			
1.1.2.	Услуги по проведению дорогостоящих видов диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста			
1.2.	по экстренным показаниям, итого			
1.3.	по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого			
2.	Услуги, не включенные в договор соисполнения, итого			
2.1.	по направлениям специалистов ПМСП, итого			
2.2.	по экстренным показаниям, итого:			
2.3.	по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого			
	Итого:			

Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20 _____

года

Примечание:

* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в ИС "АПП";

** - итоговая сумма не влияет на оплату за отчетный период, подлежит оплате соисполнителем в порядке и сроки, определенные настоящими Правилами.

Приложение 9
к счету-реестру за оказание
медицинской помощи поставщиком
сельскому населению
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
1.				
2.				
	Итого			

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата "___" _____ 20__ года

Примечание:

* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в ИС "АИС Поликлиника";

** - итоговая сумма не влияет на оплату за отчетный период.

Приложение 10
к счету-реестру за оказание
амбулаторно-поликлинической помощи
Форма

Реестр вызовов неотложной медицинской помощи 4 категории срочности *

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

--	--	--	--	--

№ п/п	ИИН	Наименование услуги	Количество
1	2	3	4
1.			
2.			
	Итого		

Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо): _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____/_____

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

Место печати (при его наличии)/
 (для документа на бумажном носителе) Дата "_____" _____ 20__ года

Примечание:

* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в ИС "АИС Поликлиника".

Приложение 11
 к счету-реестру за оказание
 медицинской помощи поставщиком
 сельскому населению
 Форма

Реестр по обеспечению лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина
период: с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года

№ п/п	Наименование	Количество	Стоимость	Сумма, тыс.тенге
1	2	3	4	5
1.				
2.				
	Итого			

Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо): _____/_____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____/_____

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/

(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20__ года

Приложение 12
к счету-реестру за оказание
медицинской помощи поставщиком
сельскому населению
Форма

Персонализированный реестр выписанных больных, которым оказана специализированная медицинская помощи в форме стационарной и (или) стационарозамещающей медицинской помощи *
период с " ____ " _____ 20__ года по " ____ " _____ 20__ года

Таблица №1: Оказание специализированная медицинская 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	
							Код МКБ -10	Наименование	Код МКБ -10	Наименование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.	Всего случаев по специализированной медицинской помощи _____, в том числе:									
1.1	итого стационарная помощь _____, в том числе:									
1.2	итого стационарозамещающая помощь _____, в том числе:									
1.3	итого стационар на дому _____, в том числе:									

Таблица №2: Обеспечение комплектами по уходу за младенцем (аптечка новорожденного)

№ п/п	ИИН матери	Количество живорожденных детей	Количество выписанных комплектов по уходу за младенцем (аптечка новорожденного)	Стоимость	Сумма
1	2	3	4	5	6
1.					
				X	

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии)/
(для документа на бумажном носителе) Дата "_____" _____ 20__ года

Примечание:

* - данные формируются на основе данных, введенных поставщиком в ИС "ЭРСБ".

Приложение 13
к счету-реестру за оказание
медицинской помощи поставщиком
сельскому населению
Форма

**Реестр оказанных консультативно-диагностических услуг с
использованием 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	Лизинговый платеж на 1 услугу, тенге	Количество услуг	Сумма лизингового платежа к оплате, тенге	
1	2	3	4	5	6	7	8	
1.								
	Итого							

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии)/
(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " ____ 20__ года

Приложение 36
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ КР ДСМ-23
Приложение 66
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

**Информация о структуре доходов при оказании медицинской помощи
субъектом села**
период с " ____ " ____ 20__ года по " ____ " ____ 20__ года

(Наименование поставщика)

№ п /п	Наименование услуги	Источники дохода, тыс.тенге		
		всего	за счет бюджетных средств	за счет внебюджетных средств
1	2	3	4	5
1.	Доход за отчетный период, всего			
	в том числе:			
1.1.	Оказание медицинской помощи сельскому населению:			
1.1.1	в т.ч. на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичной медико-санитарной помощи			
1.1.2	в т.ч. на стимулирование работников участковой службы в работе по программе управления заболеваниями и (или) по универсально-прогрессивной модели патронажной службы			
1.2.	Оказание медицинской помощи по договору соисполнителя			
1.3.	Проведение скрининговых исследований целевым группам населения			
1.4.	Проведение дорогостоящих видов диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста			
1.5.	Другие услуги (указать)			

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

—

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/

(для документа на бумажном носителе) Дата "____" _____ 20__ года

Приложение 37

к приказу Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 10 апреля 2019 года

№ КР ДСМ-23

Приложение 67

к Правилам оплаты услуг

субъектов здравоохранения

Форма

Информация о структуре расходов

при оказании медицинской помощи субъектом села

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

(Наименование поставщика)

№	Наименование	Кассовые расходы за прошедший год (тыс. тенге)	П л а н бюджетных средств на отчетный год	Кассовые расходы по нарастающему за отчетный период (тыс.тенге)	
				всего	в т.ч. аванс
1	2	3	4	5	6
0А	Отклонение фактических расходов от кассовых за позапрошлый год, тыс.тенге	X	X	X	X
	Отклонение фактических расходов от кассовых за прошлый год, тыс.тенге	X	X	X	X
0Б	Остаток средств на расчетном счету				
0В	Поступление средств, всего:		X		
	в том числе:	X	X	X	X
1.	Оказание медицинской помощи сельскому населению:		X		
1.1.	на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичной медико-санитарной помощи		X		
	на стимулирование работников участковой службы в работе по программе управления заболеваниями				

1.2.	и (или) по универсально-прогрессивной модели патронажной службы		X		
2.	Оказание медицинской помощи по договору соисполнителя		X		
2.1.	оказание консультативно-диагностических услуг в рамках ГОБМП		X		
2.2.	оказание стационарной и (или) стационарозамещающей помощи в рамках ГОБМП		X		
2.3.	оказание комплекса медицинских услуг		X		
3.	Проведение скрининговых исследований целевым группам населения		X		
4.	Проведение дорогостоящих видов диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста				
0Г	Всего расходов				
	в том числе:	X	X	X	X
I.	ТЕКУЩИЕ РАСХОДЫ:				
1.	Заработная плата всего:				
1.1.	Оплата труда				
	в том числе:	X	X	X	X
а)	врачебный персонал и провизоры				
б)	средний медицинский и фармацевтический персонал				
в)	младший медицинский персонал				
г)	прочий персонал				
1.2.	Дополнительные денежные выплаты (премии и дифференцированная оплата, единовременное пособие к отпуску, материальная помощь)				
	в том числе:	X	X	X	X
а)	врачебный персонал и провизоры				
б)	средний медицинский и фармацевтический персонал				
в)	младший медицинский персонал				
г)	прочий персонал				
1.2.1	Дифференцированная оплата				
	в том числе:	X	X	X	X
а)	врачебный персонал и провизоры				
б)	средний медицинский и фармацевтический персонал				
в)	младший медицинский персонал				
г)	Прочий персонал				
	Стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности				

1.2.2	субъекта здравоохранения, оказывающего первичной медико-санитарной помощи				
	в том числе:	X	X	X	X
а)	врачебный персонал и провизоры				
б)	средний медицинский и фармацевтический персонал				
в)	прочий персонал				
1.2.3	Стимулирование работников участковой службы в работе по программе управления заболеваниями и (или) по универсально-прогрессивной модели патронажной службы				
	в том числе:	X	X	X	X
а)	врачебный персонал и провизоры				
б)	средний медицинский и фармацевтический персонал				
2.	Налоги и другие обязательства в бюджет всего:				
2.1.	Социальный налог				
2.2.	Социальные отчисления в Государственный фонд социального страхования				
2.3.	Отчисления на обязательное социальное медицинское страхование				
3.	Приобретение товаров всего:				
3.1.	Приобретение продуктов питания				
3.2.	Приобретение медикаментов и прочих медицинских изделий				
3.3.	Приобретение прочих товаров				
	в том числе:	X	X	X	X
а)	мягкий инвентарь				
4.	Приобретение лечебных низкобелковых продуктов и продуктов с низким содержанием фенилаланина				
5.	Приобретение адаптированных заменителей грудного молока				
6.	Коммунальные и прочие услуги, всего:				
6.1.	Оплата коммунальных услуг				
	в том числе:	X	X	X	X
а)	за горячую, холодную воду, канализацию				
б)	за газ, электроэнергию				
в)	за теплоэнергию				
г)	оплата услуг связи				
6.2.	Прочие услуги и работы				
	в том числе:	X	X	X	X
а)	на повышение квалификации и переподготовку кадров				
б)	на услуги по обеспечению питания				

в)	на оплата услуг по договору соисполнения				
г)	расходы на текущий ремонт зданий, сооружений и оборудования				
д)	на аренду				
7.	Другие текущие затраты, всего:				
7.1.	Командировки и служебные разъезды внутри страны				
а)	в том числе на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения				
7.2.	Командировки и служебные разъезды за пределы страны				
а)	в том числе на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения				
7.3.	Прочие текущие затраты				
8.	Лизинговые платежи				
II	ПРИБРЕТЕНИЕ ОСНОВНЫХ СРЕДСТВ				

продолжение таблицы

в т.ч. за отчетный месяц (тыс.тенге)		Всего Фактические расходы по нарастанию за отчетный период (тыс.тенге)	Отклонение фактических расходов от кассовых расходов (тыс.тенге)	Кредиторская задолженность по нарастанию (тыс.тенге)	Дебиторская задолженность по нарастанию (тыс.тенге)
всего	в т.ч. аванс				
7	8	9	10	11	12
X	X	X			
X	X	X			
		X		X	
		X		X	
X	X	X	X	X	X
		X		X	
		X		X	
		X		X	
		X		X	
		X		X	
		X		X	
		X		X	
		X		X	
X	X	X	X	X	X

X	X	X	X	X	X	X
X	X	X	X	X	X	X
X	X	X	X	X	X	X
X	X	X	X	X	X	X
X	X	X	X	X	X	X
X	X	X	X	X	X	X

к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ ҚР ДСМ-23
Приложение 69
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Информация

о дифференцированной оплате труда работников при оказании медицинской помощи субъектом села

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

(Наименование поставщика)

№ п /п	Наименование	Фактическая численность работников (человек)		Дополнительные денежные выплаты, тыс. тенге	
		всего	в т.ч. получившие дифференцированную оплату	всего	в т.ч. на дифференцированную оплату труда
1	2	3	4	5	6
	ВСЕГО				
	в том числе:	X	X	X	X
1	Врачебный персонал и провизоры				
2	Средний медицинский и фармацевтический персонал				
3	Младший медицинский персонал				
4	Прочий персонал				

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20 ____
года

Протокол

исполнения договора закупа услуг по оказанию медицинской помощи сельскому населению

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

Наименование поставщика: _____

— Наименование бюджетной программы: _____

— Наименование бюджетной подпрограммы: _____

— Таблица №1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание медицинской помощи прикрепленному населению

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате		Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично		Принято к оплате	
		численность населения	сумма, тенге	количество случаев	сумма, тенге	численность населения	сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Всего на оказание медицинской помощи прикрепленному населению, в том числе:						
1.1.	за оказание медицинской помощи:						
1.1.1.	за оказание специализированной медицинской помощи						
1.1.1.1.	в том числе за обеспечение комплекта по уходу за младенцем (аптечка новорожденного)						
1.1.2.	за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению:						

1.1.2.1	за медицинское обслуживание школьников в организациях образования						
1.1.2.2	сумма за работу в зонах экологического бедствия						
1.1.2.3	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина						
1.2.	на стимулирование работников организации, оказывающей первичной медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки						
1.3.	на стимулирование работников участковой службы в работе по программе управления заболеваниями и (или) по универсально-прогрессивной модели патронажной службы						
1.4.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:						
1.4.1.	за проведение профилактических медицинских осмотров целевых групп населения						
1.4.2.	за проведение дорогостоящих видов диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста						
2.	Сумма лизингового платежа						

Таблица №2. Расчет суммы к оплате с учетом мониторинга качества и объема медицинской помощи сельскому населению

№ п /п	Код/наименование перечня	Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично			
		Количество случаев		Сумма, тенге	
		СМП	СЗТ	СМП	СЗТ
1	2	3	4	5	6
1.	Реестр услуг амбулаторно – поликлинической помощи, прошедших текущий мониторинг				
1.1.	за отчетный период				
1.2.	за прошедший период				

2.	Реестр услуг амбулаторно – поликлинической помощи, прошедших целевой мониторинг				
2.1.	за отчетный период				
2.2.	за прошедший период				
3.	Реестр услуг скорой медицинской помощи, прошедших текущий мониторинг				
3.1.	за отчетный период				
3.2.	за прошедший период				
4.	Реестр услуг скорой медицинской помощи, прошедших целевой мониторинг				
4.1.	за отчетный период				
4.2.	за прошедший период				
5.	Реестр случаев госпитализаций, прошедших текущий мониторинг				
5.1.	за отчетный период				
5.2.	за прошедший период				
6.	Реестр случаев госпитализаций, прошедших целевой мониторинг				
6.1.	за отчетный период				
6.2.	за прошедший период				
7.	Сумма за отчетный и прошедший периоды по случаям с летальным исходом				
7.1.	за отчетный период				
7.2.	за прошедший период				
7.	Итого по результатам мониторинга качества и объема медицинской помощи				

Таблица №3. Расчет суммы, принимаемой к оплате на стимулирование работников в разрезе индикаторов конечного результата

№ п/п	Индикаторы конечного результата	Предъявлено к оплате					Принято к оплате
		Целевой показатель	Фактический показатель	Количество баллов	% достижения целевого показателя	Сумма, тенге	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
Итого							
1.	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП						
2.	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП						
3.	Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями						

4.	Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома						
5.	Своевременно диагностированный туберкулез легких						
6.	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (T0-T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0)						
7.	Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)						
8.	Обоснованные жалобы						

Таблица №4. Расчет суммы, принимаемой к оплате на стимулирование работников участковой службы

№ п/п	Должность/функционал	Количество	Доплата по СКУС
1	2	3	5
Итого			
1.	Врачи общей практики по внедрению программы управления заболеваниями		
2.	Участковые педиатры по универсально-прогрессивной модели патронажной службы детей до 5 лет		
3.	Участковые терапевты по методике программы управления заболеваниями		
4.	Участковые медицинские сестры по методике программы управления заболеваниями		
5.	Участковые медицинские сестры (участковой врачей общей практики и терапевтов) по универсально-прогрессивной модели патронажной службы беременных и родильниц		
6.	Участковые медицинские сестры (участковой врачей общей практики и терапевтов) по универсально-прогрессивной модели патронажной службы новорожденных и детей до 5 лет		

Таблица №5. Расчет суммы лизинговых платежей

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате		Подлежит к снятию		Принято к оплате	
		Количество услуг	Сумма, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
	Всего консультативно-диагностических услуг с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга						

1.							
2.							
	Итого						

Таблица №5. Расчет иных выплат/вычетов

№ п/п	Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов / выплат)	Сумма выплаты, тенге	Сумма вычета, тенге
1	2	3	4
1.			
2.			
	Итого		

Всего предъявлено к оплате _____ тенге;
 Всего принято к оплате _____ тенге.
 Р у к о в о д и т е л ь _____ з а к а з ч и к а
 (уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Должностные лица заказчика: _____ / _____
 (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 _____ должностное
 лицо поставщика): _____ / _____
 (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
 (для протокола на бумажном носителе)

Место печати _____ (при его наличии)/
 (для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20 ____
 _ года

Приложение 40
 к приказу Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 10 апреля 2019 года
 № КР ДСМ-23
 Приложение 79
 к Правилам оплаты услуг
 субъектов здравоохранения
 Форма

Акт оказанных услуг за оказание медицинской помощи сельскому населению

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

Наименование поставщика : _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Общая сумма Договора: _____

----- тенге

в том числе общая сумма выплаченного аванса: _____

----- тенге

в том числе общая сумма выплаченного аванса в декабре: _____

----- 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 амбулаторно-поликлинической помощи на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "Регистра прикрепленного населения", 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 месяц _____ тенге;

Комплексный подушевой норматив на сельское население на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "Регистра прикрепленного населения", в месяц: ____ тенге, в том числе:

гарантированный компонент комплексного подушевого норматива на одного

прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "Регистра прикрепленного населения" к субъекту первичной медико-санитарной помощи, в
 м е с я ц _____ т е н г е ;

сумма Стимулирующего компонента подушевого норматива на одного
 прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "Регистра
 прикрепленного населения" к субъекту первичной медико-санитарной помощи, в
 м е с я ц _____ т е н г е .

Количество школьников _____ человек

Подушевой норматив на 1 школьника в месяц _____ тенге

Таблица №1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание медицинской помощи прикрепленному населению

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате		Принято к оплате	
		численность населения / кол-во услуг	сумма , тенге	численность населения/ кол-во услуг	сумма , тенге
1	2	3	4	5	6
1.	Всего на оказание медицинской помощи прикрепленному населению, в том числе:				
1.1.	за оказание медицинской помощи:				
1.1.1.	за оказание специализированной медицинской помощи				
1.1.1.1	в том числе за обеспечение комплекта по уходу за младенцем (аптечка новорожденного)				
1.1.2.	за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению:				
1.1.2.1	за медицинское обслуживание школьников в организациях образования				
1.1.2.2	сумма за работу в зонах экологического бедствия				
1.1.2.3	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина				
1.2.	на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки				
1.3.	на стимулирование работников участковой службы в работе по программе управления заболеваниями и (или) по универсально-прогрессивной модели патронажной службы				
1.4.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:				

1.4.1.	за проведение профилактических медицинских осмотров целевых групп населения				
1.4.2.	за проведение дорогостоящих видов диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста				
2.	Сумма лизингового платежа				

Таблица №2. Расчет суммы, принятой к оплате для стимулирование работников в разрезе индикаторов конечного результата

№ п/п	Индикаторы оценки деятельности	Предъявлено к оплате					Принято к оплате
		Целевой показатель	Фактический показатель	Количество баллов	% достижения целевого показателя	Сумма, тенге	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
Итого							
1.	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП						
2.	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП						
3.	Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями						
4.	Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома						
5.	Своевременно диагностированный туберкулез легких						
6.	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (T0-T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0)						
7.	Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)						
8.	Обоснованные жалобы						

Таблица №3. Расчет суммы, принятой к оплате на стимулирование работников участковой службы

№ п/п	Должность/функционал	Количество	Доплата по СКУС
1	2	3	5
Итого			
1.	Врачи общей практики по внедрению программы управления заболеваниями		
2.	Участковые педиатры по универсально-прогрессивной модели патронажной службы детей до 5 лет		
3.	Участковые терапевты по методике программы управления заболеваниями		
4.	Участковые медицинские сестры по методике программы управления заболеваниями		
5.	Участковые медицинские сестры (участковой врачей общей практики и терапевтов) по универсально-прогрессивной модели патронажной службы беременных и родильниц		
6.	Участковые медицинские сестры (участковой врачей общей практики и терапевтов) по универсально-прогрессивной модели патронажной службы новорожденных и детей до 5 лет		

Таблица №4. Сумма лизинговых платежей

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате		Подлежит к снятию		Принято к оплате	
		Количество услуг	Сумма, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга							
1.							
2.							
	Итого						

Таблица №5 Сумма иных выплат/вычетов

№ п/п	Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов / выплат)	Сумма выплаты, тенге	Сумма вычета, тенге
1	2	3	4
1.			
2.			
	Итого		

Всего принято к оплате: _____ тенге, в том числе:
 сумма на возмещение лизинговых платежей: _____ тенге;
 удержанная сумма: _____ тенге, из них:
 по результатам мониторинга качества и объема: _____ тенге;
 за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом, не прошедшие мониторинга качества и объема: _____ тенге;
 за пролеченные случаи прошедшего периода с непредотвратимым летальным исходом, прошедшие мониторинга качества и объема в отчетном периоде: _____

т е н г е ;

Сумма снятая: _____ тенге / принятая: _____ тенге, из них:

выплаты: _____ 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 сумма лизинговых платежей: _____ тенге.

Приложение 41
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ КР ДСМ-23
Приложение 79-1
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения

Перечень услуг/операций по кодам МКБ-9 оказываемые в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи онкологическим больным

№ п/п	К о д операции	Наименование
1.	03.4	Иссечение или деструкция поврежденного участка спинного мозга или спинномозговых оболочек
2.	07.8411	Видеоторакоскопическое удаление тимомы
3.	17.0722	Лапароскопическая адреналэктомия
4.	29.4	Пластические операции на глотке
5.	30.0902	Эндоскопическая микроларингохирургия гортани
6.	30.4	Радикальная ларингэктомия
7.	31.7910	Восстановительные (реконструктивно-пластические) операции на трахее
8.	32.41	Торакоскопическая лобэктомия легкого
9.	33.34	Торакопластика
10.	33.4301	Видеоторакоскопическое ушивание буллы легкого с экстраплевральным пневмолизом и миниторакотомным доступом
11.	33.4910	Восстановительные (реконструктивно-пластические) операции на бронхах
12.	34.0010	Модифицированная экстраперитонеальная задняя экзентрация. Системная зональная периаортальная и тазовая лимфодиссекция. Стриппинг диафрагмы. Перитонеумэктомия
13.	39.57	Восстановление кровеносного сосуда при помощи синтетического имплантата в виде заплаты
14.	39.7900	Рентгеноэндоваскулярная эмболизация (+электрокоагуляция)
15.	39.7916	Эндоваскулярная химиоэмболизация первичных и вторичных метастатических опухолей различных локализаций

16.	39.7944	Эндоваскулярная эмболизация сосудов тазовых органов, маточных артерий
17.	42.4110	Субтотальная резекция пищевода с расширенной двухзональной лимфодиссекцией
18.	42.4210	Торакоскопическая эзофагэктомия
19.	42.55	Внутригрудной анастомоз пищевода с интерпозицией ободочной кишки
20.	42.65	Антестернальный анастомоз пищевода с интерпозицией ободочной кишки
21.	43.0019	Расширенная комбинированная гастрэктомия при злокачественных новообразованиях пищевода и желудка
22.	44.65	Эзофагогастропластика
23.	50.2219	Расширенная комбинированная гемигепатэктомия при новообразованиях печени
24.	51.62	Иссечение печеночно-поджелудочной ампулы (с реимплантацией общего желчного протока)
25.	52.6	Полное удаление поджелудочной железы
26.	52.70	Радикальная панкреатикодуоденэктомия
27.	55.5002	Полная нефрэктомия (эндовидеохирургическая, ретроперитонеальная)
28.	55.87	Лапароскопическая пластика лоханочно-мочеточникового сегмента
29.	57.7114	Радикальная цистэктомия с энтеропластикой (с созданием ортотопического мочевого пузыря) илеумкондуитом или колонкондуитом
30.	57.8404	Пластика пузырно-влагалищного свища
31.	67.3910	Лапароскопически ассистированная радикальная вагинальная трахелэктомия
32.	68.61	Лапароскопическая радикальная абдоминальная гистерэктомия
33.	81.051	Спондиллодез грудного и поясничного позвонков, задний доступ, с фиксацией внутренними транспедикулярными системами и кейджами
34.	81.052	Спондиллодез грудного и поясничного позвонков, задний доступ, с внутренней фиксацией эндокорректораами.
35.	81.6010	Вертебропластика при опухолях позвоночника
36.	81.65	Чрезкожная вертебропластика
37.	99.2902	Высокодозная химиотерапия гистиоцитоза из клеток Лангерганса (LCH-III)
38.	99.2903	Высокодозная химиотерапия заболеваний кроветворной системы

Приложение 42
 к приказу Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 10 апреля 2019 года
 № КР ДСМ-23
 Приложение 80
 к Правилам оплаты услуг
 субъектов здравоохранения
 Форма

Счет-реестр за оказание медицинской помощи онкологическим больным
 № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года
 период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года по
 Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Таблица № 1. Расчет суммы, предъявленной к оплате за оказание медицинской помощи онкологическим больным

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате (тенге)
1	2	3
1.	Всего за оказание медицинской помощи онкологическим больным, в том числе:	
1.1.	по комплексному тарифу на одного онкологического больного	
1.2.	по фактическим затратам, в том числе:	
1.2.1.	применение химиопрепаратов онкологическим больным	
1.2.2.	оказание лучевой терапии:	
1.2.2.1	ВТМУ (лучевая терапия)	
1.2.2.2	оказание лучевой терапии	
1.2.3.	оказание услуг по Перечню № 5* (перешедшие ВТМУ)	
1.2.4.	по клинико-затратным группам за оказание медицинской помощи онкологическим больным при реализации их права на свободный выбор	
1.2.5.	оказание паллиативной помощи мобильными бригадами онкологическим больным IV клинической группы с отягощающей сопутствующей патологией, не позволяющей проводить специфическое лечение	
1.2.6.	проведение международных телеконсультаций биообразцов опухолей через систему телепатологии	
1.2.7.	проведение молекулярно-генетической и молекулярно-биологической диагностики	
2.	Сумма лизингового платежа	
3.	Итого к оплате	

Примечание:

* - Перечень 5 - Перечень кодов специализированной медицинской помощи, оказываемой в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи онкологическим больным согласно подпункта 4) пункта 163 Правил оплаты услуг субъектов здравоохранения, утвержденные приказом МЗ РК № от 29 марта 2018 года № 138.

Таблица № 2. Расчет суммы, предъявленной к оплате по комплексному тарифу на одного онкологического больного за оказание медицинской помощи онкологическим больным

Комплексный тариф на одного онкологического больного в месяц: _____ тенге

		Количество онкологических	Количество онкологических		

№ п/п	Наименование	Количество онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ на начало отчетного периода	больных взятых на учет		больных снятых с учета		Количество онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода	Средне-списочная численность онкологических больных
			Всего	в том числе из других регионов	Всего	в том числе умершие		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Оказанная медицинская помощь онкологическим больным, всего							
1.								
2.								
	Итого							

Таблица № 3. Расчет суммы, предъявленной к оплате по фактическим затратам за оказание медицинской помощи онкологическим больным

№ п/п	Наименование	Применение химиопрепаратов онкологическим больным		Оказание лучевой терапии			Вс пре к тег
		Количество онкологических больных	Предъявлено к оплате, тенге	Количество онкологических больных	Количество сеансов лучевой терапии	Предъявлено к оплате, тенге	
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Всего, в том числе:						
1.1.	при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:						
1.1.1.	с применением ВТМУ	X	X				
1.2.	при оказании стационарной медицинской помощи, в том числе:						
1.2.1.	с применением ВТМУ						
1.2.2.	услуги по Перечню 5*						
1.3.	при оказании стационарозамещающей медицинской помощи, в том числе:						
1.3.1.	с применением ВТМУ						
1.3.2.	услуги по Перечню 5*						

Примечание:

1.1	всего стационарная помощь						
1.2	всего стационарозамещающая помощь						

Примечание:

* - Перечень 5 - Перечень кодов специализированной медицинской помощи, оказываемой в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи онкологическим больным согласно подпункта 4) пункта 163 Правил оплаты услуг субъектов здравоохранения, утвержденные приказом МЗ РК № от 29 марта 2018 года № 138.

Таблица № 6. Расчет суммы, предъявленной к оплате за оказание консультативно-диагностических услуг вне комплексного тарифа на одного онкологического больного за оказание медицинской помощи онкологическим больным

№ п/п	Наименование	Количество онкологических больных	Количество услуг	Всего предъявлено к оплате, тенге
1	2	3	4	8
1.	Оказание паллиативной помощи мобильными бригадами онкологическим больным IV клинической группы с отягощающей сопутствующей патологией, не позволяющей проводить специфическое лечение			
2.	Проведение международных телеконсультаций биообразцов опухолей через систему телепатологии			
3.	Проведение молекулярно-генетической и молекулярно-биологической диагностики			

Таблица № 7. Расчет суммы лизинговых платежей

№ п/п	Наименование	Количество пролеченных больных	Количество услуг	Сумма лизингового платежа к оплате, тенге
1	2	3	4	5
1.				
2.				
	Итого			

Итого к оплате: _____ тенге

Руководитель _____ поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/

(для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20__

года

К данному счету-реестру прилагаются следующие приложения*:

1) реестр движения онкологических больных по форме согласно приложению 1 к счету-реестру за оказание медицинской помощи онкологическим больным;

2) реестр оказанной медицинской помощи онкологическим больным в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по комплексному тарифу на одного онкологического больного по форме согласно приложению 2 к счету-реестру за оказание медицинской помощи онкологическим больным;

3) 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 по форме согласно приложению 3 к счету-реестру за оказание медицинской помощи онкологическим больным;

4) 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 по форме согласно приложению 4 к счету-реестру за оказание медицинской помощи онкологическим больным;

5) 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 по форме согласно приложению 5 к счету-реестру за оказание медицинской помощи онкологическим больным;

6) реестр оказанной специализированной медицинской помощи онкологическим больным в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по Перечню № 5** по формам: стационарная и стационарозамещающая медицинская помощь по форме согласно приложению 6 к счету-реестру за оказание медицинской помощи онкологическим больным;

7) реестр консультативно-диагностических услуг вне комплексного тарифа на одного онкологического больного за оказание медицинской помощи онкологическим больным.

Примечание:

* - источник данных - информационная система "Электронный регистр онкологических больных";

** - Перечень 5 - Перечень кодов специализированной медицинской помощи, оказываемой в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи онкологическим больным согласно подпункта 4) пункта 163 Правил оплаты услуг субъектов здравоохранения, утвержденные приказом МЗ РК № от 29 марта 2018 года № 138.

Приложение 1
к счету-реестру за оказание
медицинской помощи онкологическим
больным

Реестр движения онкологических больных*

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

№ п/п	Период (календарный день месяца)	Количество онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ на начало календарного дня месяца	Количество онкологических больных взятых на учет		Количество онкологических больных снятых с учета		Количество онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ на конец календарного дня месяца	Среднесписочная численность онкологических больных
			Всего	в том числе и з других регионов	Всего	в том числе умершие		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
	Итого							

Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо : _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата "___" _____ 20__ года

Примечание: *- источник данных - информационная система "Электронный регистр онкологических больных".

Приложение 2
к счету-реестру за оказание

Реестр

оказанной медицинской помощи онкологическим больным по комплексному тарифу на одного онкологического больного*

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

Таблица № 1. Перечень оказанных консультативно-диагностических услуг:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5
1.				
	Итого	X		

Таблица № 2. Перечень пролеченных случаев специализированной
медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей
медицинской помощи

№ п/п	Профиль койки	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Повод обращения	Основной заключительный диагноз		Основная операция	
							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:									
1.1	итого стационарная помощь _____, в том числе:									
1.2	итого стационарозамещающая помощь _____, в том числе:									

Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

— — — — —

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

— — — — —

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/

(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20__

Г о д а

Примечание: *- источник данных - информационная система "Электронный регистр онкологических больных".

Приложение 3
к счету-реестру за оказание
медицинской помощи
онкологическим больным

Реестр по применению химиопрепаратов онкологическим больным при оказании специализированной медицинской помощи по формам: стационарная и стационарозамещающая медицинская помощь период: с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года

№ п/п	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 препар
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 поставщика (уполномоченное должностное лицо): _____
_____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии)/ (для документа на бумажном носителе) Дата
" _____ " _____ 20__ года

Примечание: *- источник данных - информационная система "Электронный регистр онкологических больных".

Реестр оказанной лучевой терапии онкологическим больным 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)	Предъявлено к оплате тенге
			Код МКБ -10	Наименование						
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 поставщика: _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии)/ (для документа на бумажном носителе) Дата
 " _____ " _____ 20__ года

Примечание: *- источник данных - информационная система "Электронный регистр онкологических больных".

Реестр оказанной специализированной 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

№ п/п	Профиль койки	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		Номер группы КЗГ	Код по I
						Код МКБ -10	Наименование	Код МКБ -9	Наименование		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
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 поставщика (уполномоченное должностное лицо): _____
_____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии)/ (для документа на бумажном носителе) Дата
" _____ " _____ 20 ____ года

Примечание: *- источник данных - информационная система "Электронный регистр онкологических больных".

Реестр оказанной специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи онкологическим больным по

Перечню

№ 5* период с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года

№ п/п	Профиль койки	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		Номер группы КЗГ	Коэф. затр по Б
						Код МКБ -10	Наименование	Код МКБ -9	Наименование		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
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 поставщика (уполномоченное должностное лицо): _____
_____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии)/ (для документа на бумажном носителе) Дата
" _____ " _____ 20__ года

П р и м е ч а н и е :

* - Перечень 5 - Перечень кодов специализированной медицинской помощи, оказываемой в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской

помощи онкологическим больным согласно согласно подпункта 4) пункта 163
 Правил оплаты услуг субъектов здравоохранения, утвержденные приказом МЗ
 РК № от 29 марта 2018 года № 138;
 - источник данных - информационная система "Электронный регистр
 онкологических больных".

Приложение 7
 к счету-реестру за оказание
 медицинской помощи
 онкологическим больным

**Реестр консультативно-диагностических услуг вне комплексного тарифа
 на одного онкологического больного за оказание медицинской помощи
 онкологическим
 больным***

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

№ п/п	Полный код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6
1.		Оказание паллиативной помощи мобильными бригадами онкологическим больным IV клинической группы с отягощающей сопутствующей патологией, не позволяющей проводить специфическое лечение			
2.		Проведение международных телеконсультаций биообразцов опухолей через систему телепатологии			
3.		Проведение молекулярно-генетической и молекулярно-биологической диагностики			
		Итого			

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо): _____
 _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____
 _____ - _____ - _____

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

Место печати (при его наличии)/ (для документа на бумажном носителе) Дата
 " _____ " _____ 20__ года

П р и м е ч а н и е :

*- источник данных - информационная система "Электронный регистр онкологических больных".

Приложение 43
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ ҚР ДСМ-23
Приложение 86
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Протокол

исполнения договора закупа услуг по оказанию медицинской помощи онкологическим больным

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

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

Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Таблица № 1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание медицинской помощи онкологическим больным

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате, тенге	Снято, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4	5
1.	Всего за оказание медицинской помощи онкологическим больным, в том числе:			
1.1.	по комплексному тарифу на одного онкологического больного			
1.2.	по фактическим затратам, в том числе:			
1.2.1.	применение химиопрепаратов онкологическим больным			
1.2.2.	оказание лучевой терапии:			
1.2.2.1	ВТМУ (лучевая терапия)			
1.2.2.2	оказание лучевой терапии			
1.2.3.	оказание услуг по Перечню № 5* (перешедшие ВТМУ)			
1.2.4.	по клинико-затратным группам за оказание медицинской помощи онкологическим больным при реализации их права на свободный выбор			
	оказание паллиативной помощи мобильными бригадами онкологическим больным IV клинической группы с отягощающей			

5.	V. Сумма за отчетный и прошедший периоды по случаям с летальным исходом						
5.1	за отчетный период						
5.2	за прошедший период						
6.	ИТОГО по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг						

Таблица № 3. Расчет суммы, принимаемой к оплате по фактическим затратам за оказание медицинской помощи онкологическим больным

№ п /п	Наименование	Применение химиопрепаратов онкологическим больным			Оказание лучевой терапии			Всего Предъяв к опла тенге
		Предъявлено к оплате, тенге	Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично, тенге*	Принято к оплате, тенге	Предъявлено к оплате, тенге	Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично, тенге*	Принято к оплате, тенге	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Всего, в том числе:							
1.1.	при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:							
1.1.1	с применением ВТМУ	X	X	X				
1.2.	при оказании стационарной медицинской помощи, в том числе:							
1.2.1	с применением ВТМУ	X	X	X	X	X	X	X
1.2.2	услуги по Перечню 5*							
1.3.	при оказании стационарозамещающей медицинской помощи, в том числе:							
1.3.1	с применением ВТМУ	X	X	X	X	X	X	X
1.3.2	услуги по Перечню 5*							

Примечание:

* - Перечень 5 - Перечень кодов специализированной медицинской помощи, оказываемой в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской

5.	ИТОГО по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг												
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Таблица № 5. Расчет суммы, принимаемой к оплате оказанной специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи онкологическим больным по Перечню № 5*

№ п/п	Код/наименование перечня	Предъявлено к оплате				Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично				Принято к оплате			
		Количество случаев		Сумма, тенге		Количество случаев		Сумма, тенге		Количество случаев		Сумма, тенге	
		СМП	СЗТ	СМП	СЗТ	СМП	СЗТ	СМП	СЗТ	СМП	СЗТ	СМП	СЗТ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.	I. Реестр случаев госпитализаций за отчетный период, подлежащих оплате					X	X	X	X				
2.	II. Реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших целевой мониторинг												
2.1	за отчетный период												
2.2	за прошедший период												
3.	III. Реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших текущий мониторинг												
3.1	за отчетный период												
3.2	за прошедший период												
4.	IV. Сумма за отчетный и прошедший периоды по случаям с летальным исходом												
4.1	за отчетный период												
4.2	за прошедший период												
5.	ИТОГО по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг												

Примечание:

* - Перечень 5 - Перечень кодов специализированной медицинской помощи, оказываемой в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи онкологическим больным согласно подпункта 4) пункта 163 Правил оплаты услуг субъектов здравоохранения, утвержденные приказом МЗ РК № от 29 марта 2018 года № 138.

Таблица № 6. Расчет суммы, предъявленной к оплате за оказание консультативно-диагностических услуг вне комплексного тарифа на одного онкологического больного за оказание медицинской помощи онкологическим больным

№ п/п	Наименование	Количество онкологических больных	Количество услуг	Всего предъявлено к оплате, тенге
1	2	3	4	8
1.	Оказание паллиативной помощи мобильными бригадами онкологическим больным IV клинической группы с отягощающей сопутствующей патологией, не позволяющей проводить специфическое лечение			
2.	Проведение международных телеконсультаций биообразцов опухолей через систему телепатологии			
3.	Проведение молекулярно-генетической и молекулярно-биологической диагностики			

Таблица № 7. Расчет суммы лизинговых платежей

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате		Подлежит к снятию		Принято к оплате	
		Количество услуг	Сумма, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
	Всего консультативно-диагностических услуг с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга						
1.							
2.							
	Итого						

Таблица № 8. Расчет суммы иных выплат/вычетов

№ п/п	Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов / выплат)	Выплаты, сумма тенге	Вычеты, сумма тенге
1	2	3	4
1.			
	Итого		

Всего предъявлено к оплате _____ тенге;

Всего принято к оплате _____ тенге

Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо): _____

_____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Должностные лица заказчика: _____ / _____

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

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

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

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

Место печати (при его наличии)/ (для документа на бумажном носителе)

Дата " _____ " _____ 20 _____ года

П р и м е ч а н и е :

* - источник данных- информационная система "Электронный регистр онкологических больных".

Приложение
к протоколу исполнения
договора закупа услуг
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. за несвоевременное снятие с учета	штрафные санкции
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
	Итого	X	X	X	X			

Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо): _____

_____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Должностные лица заказчика: _____ / _____

— — — — —

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

(для документа на бумажном носителе)

_____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

_____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/ (для документа на бумажном носителе)

Дата " _____ " _____ 20 ____ года

Примечание: * - источник данных - информационная система "Электронный регистр онкологических больных".

Приложение 44
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ ҚР ДСМ-23
Приложение 88
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Акт оказанных услуг

за оказание медицинской помощи онкологическим больным

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

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

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

Наименование поставщика: _____

— — — — —

Наименование бюджетной программы: _____

— — — — —

Наименование бюджетной 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

Таблица № 1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание медицинской помощи онкологическим больным
Комплексный тариф на одного онкологического больного в месяц: _____

тенге

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4
1.	Всего за оказание медицинской помощи онкологическим больным, в том числе:		
1.1.	по комплексному тарифу на одного онкологического больного		
1.2.	по фактическим затратам, в том числе:		
1.2.1.	применение химиопрепаратов онкологическим больным		
1.2.2.	оказание лучевой терапии:		
1.2.2.1	ВТМУ (лучевая терапия)		
1.2.2.2	оказание лучевой терапии		
1.2.3.	оказание услуг по Перечню № 5*		
1.2.4.	по клинико-затратным группам за оказание медицинской помощи онкологическим больным при реализации их права на свободный выбор		
1.2.5.	оказание паллиативной помощи мобильными бригадами онкологическим больным IV клинической группы с отягощающей сопутствующей патологией, не позволяющей проводить специфическое лечение		
1.2.6.	проведение международных телеконсультаций биообразцов опухолей через систему телепатологии		
1.2.7.	проведение молекулярно-генетической и молекулярно-биологической диагностики		
2.	Сумма лизингового платежа		
3.	Итого к оплате		

Примечание:

* - Перечень 5 - Перечень кодов специализированной медицинской помощи, оказываемой в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи онкологическим больным согласно подпункта 4) пункта 163 Правил оплаты услуг субъектов здравоохранения, утвержденные приказом МЗ РК № от 29 марта 2018 года № 138.

Таблица № 2. Расчет суммы, принятой к оплате по комплексному тарифу на одного онкологического больного

№ п/п	Наименование	Количество онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода	Среднесписочная численность онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4	5	6
1.	Оказание медицинской помощи онкологическим больным				

Таблица № 3. Расчет суммы, принятой к оплате по фактическим затратам за оказание медицинской помощи онкологическим больным

№ п/п	Наименование	Применение химиопрепаратов 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
1.	Всего, в том числе:						
1.1.	при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:						
1.1.1	с применением ВТМУ	X	X			X	X
1.2.	при оказании стационарной медицинской помощи, в том числе:						
1.2.1	с применением ВТМУ						
1.2.2	оказание услуг по Перечню № 5*						
1.3.	при оказании стационарозамещающей						

	медицинской помощи, в том числе:						
1.3.1	с применением ВТМУ	X	X	X	X	X	X
1.3.2	оказание услуг по Перечню № 5*						

Примечание:

* - Перечень 5 - Перечень кодов специализированной медицинской помощи, оказываемой в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи онкологическим больным согласно подпункта 4) пункта 163 Правил оплаты услуг субъектов здравоохранения, утвержденные приказом МЗ РК № от 29 марта 2018 года № 138.источник данных - информационная система " Электронный регистр онкологических больных".

Таблица № 4. Расчет суммы, принятой к оплате по клинико-затратным группа за оказание медицинской помощи онкологическим больным (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: _____

№ п/п	Наименование	Номер группы	Предъявлено к оплате		Принято к оплате	
			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					

Таблица № 5. Расчет суммы, предъявленной к оплате по клинико-затратным группам за оказание медицинской помощи онкологическим больным за оказание специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи онкологическим больным по Перечню № 5*

Стоимость базового тарифа (ставки) _____ тенге

Поправочные коэффициенты: _____

№ п/п	Наименование	Номер группы	Предъявлено к оплате		Принято к оплате	
			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					

Таблица № 6. Расчет суммы, предъявленной к оплате за оказание консультативно-диагностических услуг вне комплексного тарифа на одного онкологического больного за оказание медицинской помощи онкологическим больным

№ п/п	Наименование	Количество онкологических больных	Количество услуг	Всего предъявлено к оплате, тенге
1	2	3	4	8
1.	Оказание паллиативной помощи мобильными бригадами онкологическим больным IV клинической группы с отягощающей сопутствующей патологией, не позволяющей проводить специфическое лечение			
2.	Проведение международных телеконсультаций биообразцов опухолей через систему телепатологии			
3.	Проведение молекулярно-генетической и молекулярно-биологической диагностики			

Таблица № 7. Принятая сумма по лизинговым платежам

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате по счету-реестру			Принято к оплате с учетом мониторинга и экспертизы		
		Число пролеченных больных (человек)	Количество (услуг)	Сумма лизингового платежа (тенге)	Число пролеченных больных (человек)	Количество (услуг)	Сумма лизингового платежа (тенге)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.							
2.							
	Итого:						

Всего принято к оплате: _____ тенге, в том числе:
сумма на оплату лизинговых платежей: _____ тенге;
удержанная сумма: _____ тенге, из них:
по результатам мониторинга качества и объема: _____ тенге;
за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом, не прошедшие мониторинга качества и объема: _____ тенге;
за пролеченные случаи прошедшего периода с непредотвратимым летальным исходом, прошедшие мониторинг качества и объема в отчетном периоде: _____ тенге;
_____ тенге;
Сумма снятая: _____ тенге / принятая: _____ тенге, из них:

выплаты: _____ 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 сумма лизинговых платежей: _____ тенге.

Заказчик:

Поставщик:

(наименование заказчика) (наименование поставщика)

Адрес: _____ Адрес: _____

БИН: _____ БИН: _____

ИИК: _____ ИИК: _____

БИК: _____ БИК: _____

(наименование бенефициара) Наименование банка: _____

Код: _____

КБЕ: _____ КБЕ: _____

Руководитель: _____ / _____ Руководитель: _____ / _____

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

(для акта на бумажном носителе) (для акта на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/ Место печати (при его наличии)

(для акта на бумажном носителе) (для акта на бумажном носителе)

Примечание:

- источник данных - информационная система "Электронный регистр онкологических больных".

Приложение 45
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ КР ДСМ-23
Приложение 89
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Счет-реестр

за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом

№ _____ от "___" _____ 20__ года

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

по Договору № _____ от "___" _____ 20__ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Численность больных по договору: _____

Таблица №1. Расчет суммы, предъявленной к оплате за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате (тенге)
1	2	3
1.	Всего за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом, в том числе:	
1.1.	по комплексному тарифу на одного больного туберкулезом	
1.2.	за обеспечение противотуберкулезными препаратами	
2.	Итого к оплате	

Таблица №2. Расчет суммы, предъявленной к оплате по комплексному тарифу оказание медицинской помощи больным туберкулезом

Комплексный тариф в месяц: _____ тенге

№ п/п	Наименование	Количество больных туберкулезом, зарегистрированных на начало отчетного периода	Количество больных туберкулезом взятых на учет		Количество больных туберкулезом снятых с учета		Количество больных туберкулезом, зарегистрированных на конец отчетного периода	Средне-списочная численность больных туберкулезом,	П к т
			Всего	в том числе из других регионов	Всего	в том числе умершие			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1
1.	оказание медицинской помощи больным туберкулезом по комплексному тарифу, всего								
1.									
2.									
	Итого								

Таблица №3. Расчет суммы, предъявленной к оплате за обеспечение противотуберкулезными препаратами

№ п/п	Наименование	Применение противотуберкулезных препаратов	
		Количество больных туберкулезом	Предъявлено к оплате, тенге
1	2	3	4
1.	Всего, в том числе:		
1.1.	при оказании амбулаторно-поликлинической помощи		

1.2.	при оказании стационарной медицинской помощи		

Итого к оплате: _____ тенге

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо): _____

_____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

_____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/ (для документа на бумажном носителе) Дата

" _____ " _____ 20 ____

года

К данному счету-реестру прилагаются следующие приложения*:

1) реестр движения больных туберкулезом по форме согласно приложению 1 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом;

2) реестр оказанной медицинской помощи больным туберкулезом в по комплексному тарифу по форме согласно приложению 2 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом;

3) реестр оказанной медицинской помощи и консультативно-диагностических услуг с привлечением соисполнителя по форме согласно приложению 3 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом;

4) реестр по применению противотуберкулезных препаратов по форме согласно приложению 4 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи б о л ь н ы м т у б е р к у л е з о м ;

П р и м е ч а н и е :

- источник данных - информационные системы "Национальный регистр больных туберкулезом", "Лекарственное обеспечение".

Приложение 1
к счету-реестру за оказание
медико-социальной помощи
больным туберкулезом
Форма

Реестр движения больных туберкулезом*

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

№	Количество больных туберкулезом, зарегистрированных	Количество больных туберкулезом, взятых на учет	Количество больных туберкулезом, снятых с учета	Количество больных туберкулезом, зарегистрированных	Среднесписочная численность

№ п/п	Профиль койки	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Повод обращения	Основной заключительный диагноз		Основная операция	
							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:										
1.1. итого стационарная помощь _____, в том числе:										
1.2. итого стационарозамещающая помощь _____, в том числе:										

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо): _____
 _____ / _____

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

подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии)/ (для документа на бумажном носителе) Дата
 " _____ " _____ 20 ____ года

Примечание:

* - источник данных - информационная система "Электронный регистр онкологических больных".

Приложение 3
 к счету-реестру за оказание
 медико-социальной помощи
 больным туберкулезом
 Форма

**Реестр оказанной медицинской помощи и
 консультативно-диагностических услуг с привлечением соисполнителя***
 период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

Таблица №1: Перечень оказанных консультативно-диагностических услуг

№ п/п	Полный код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6
Наименование соисполнителя _____ (по договору соисполнителя от _____ № _____)					

1.	услуги по договору соисполнения, итого:			
1.1.	по направлениям специалистов ПМСП, итого			
1.2.	по экстренным показаниям, итого			
1.3.	по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого			
2.	услуги, не включенные в договор соисполнения, итого:			
2.1.	по направлениям специалистов ПМСП, итого			
2.2.	по экстренным показаниям, итого			
2.3.	по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого			
3.	Итого:			

Таблица №2. Перечень пролеченных случаев специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи

№ п/п	Профиль койки	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Повод обращения
1	2	3	4	5	6	7
Наименование соисполнителя _____ (по договору соисполнения от _____ №___)						
1.	Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе:					
1.1.	итого стационарная помощь, в том числе:					
1.2.	итого стационарозамещающая помощь, в том числе:					
2.	Всего случаев, не включенных в договор соисполнения, итого					
2.1.	итого стационарная помощь, в том числе:					
2.2.	итого стационарозамещающая помощь, в том числе:					

продолжение таблицы

Основной заключительный диагноз		Основная операция		Исход лечения	Количество пролеченных случаев	Количество койко-дней	Количество случаев
Код МКБ-10	Наименование	Код МКБ-9	Наименование				
8	9	10	11	12	13	14	15
Наименование соисполнителя _____ (по договору соисполнения от _____ №___)							
Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе:							

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/ (для документа на бумажном носителе) Дата

" _____ " _____ 20 ____ года

П р и м е ч а н и е :

* - источник данных - информационная система "Электронный регистр онкологических больных".

Приложение 4
к счету-реестру за оказание
медико-социальной помощи
больным туберкулезом
Форма

Реестр по применению противотуберкулезных препаратов *

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

№ п/п	ИИН пациента	№ медицинской карты	Основной заключительный диагноз		Расход на противотуберкулезные препараты					
			Код МКБ -10	Наименование	Наименование препарата	Форма выпуска	Доза 1 единицы, мг	Стоимость 1 единицы, тенге	Назначенная доза, в мг	Колич препар
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.	Всего применено больным туберкулезом, в том числе:									
1.1	по больным туберкулезом, состоящим на учете в диспансере, итого									
1.2	По больным туберкулезом, не состоящим на учете в диспансере, итого									
	_____, итого (наименование туберкулезного диспансера, где состоит на учете туберкулезный больной)									

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо): _____

_____ / _____

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

п о д п и с ь)

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

— — —

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/ (для документа на бумажном носителе) Дата "

_____ " _____ 20 ____

года

Примечание: * - источник данных - информационные системы " Лекарственное обеспечение".

Приложение 46
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ ҚР ДСМ-23
Приложение 90
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Протокол

исполнения договора закупа услуг по оказанию медико-социальной помощи больным туберкулезом

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

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Таблица №1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом

№ п /п	Наименование	Предъявлено к оплате, тенге	Снято, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4	5
1.	Всего за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом, в том числе:			
1.1.	по комплексному тарифу			
1.2.	за обеспечение противотуберкулезными препаратами			
2.	Итого			

Таблица №2. Расчет суммы, принимаемой к оплате по комплексному тарифу за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом

№ п /п	Наименование	Предъявлено к оплате, тенге		Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично		Принято к оплате, тенге	

№ п/п		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 больных туберкулезом		X	X	X		X
2.	Реестр случаев госпитализаций, прошедших текущий мониторинг						
2.1	за отчетный период						
2.2	за прошедший период						
3.	Реестр случаев госпитализаций, прошедших целевой мониторинг						
3.1	за отчетный период						
3.2	за прошедший период						
4.	Сумма за отчетный и прошедший периоды по случаям с летальным исходом						
4.1	за отчетный период						
4.2	за прошедший период						
5.	ИТОГО по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг						

Таблица №3. Расчет суммы иных выплат/вычетов

№ п/п	Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов / выплат)	Выплаты, сумма тенге	Вычеты, сумма тенге
1	2	3	4
1.			
	Итого		

Всего предъявлено к оплате _____ тенге;

Всего принято к оплате _____ тенге

Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо): _____

_____ / _____

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

(для протокола на бумажном носителе)

Должностные лица заказчика: _____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

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

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

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

Место печати (при его наличии)/ (для документа на бумажном носителе) Дата
" _____ " _____ 20 ____ года

Примечание: - источник данных- информационная система "Национальный регистр больных туберкулезом".

Приложение
к протоколу исполнения
договора закупа услуг по
оказанию медико-социальной
помощи больным туберкулезом
Форма

Реестр больных туберкулезом с несвоевременной регистрацией сведений о смерти*

Комплексный тариф в месяц: _____ тенге

Комплексный тариф 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	з а несвоевременное снятия с учета	штрафные санкции
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
	Итого							

Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо): _____

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

Должностные лица заказчика: _____/_____
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
(для документа на бумажном носителе)

_____/_____

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

(для документа на бумажном носителе)

_____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/ (для документа на бумажном носителе) Дата

" _____ " _____ 20 ____ года

Примечание: * - источник данных - информационная система "Национальный регистр больных туберкулезом".

Приложение 47

к приказу Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 10 апреля 2019 года

№ КР ДСМ-23

Приложение 91

к Правилам оплаты услуг

субъектов здравоохранения

Форма

Акт оказанных услуг

за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

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

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

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Общая сумма Договора: _____

----- т е н г е

в том числе общая сумма выплаченного аванса: _____

----- т е н г е

Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): _____

----- т е н г е

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): _____

----- тенге

Таблица №1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом

Комплексный тариф в месяц: _____ тенге

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4

1.	Всего за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом, в том числе:		
1.1.	по комплексному тарифу		
1.2.	за обеспечение противотуберкулезными препаратами		
2.	Итого к оплате		

Таблица №2. Расчет суммы, принятой к оплате по комплексному тарифу

п / п	Наименование	Количество больных туберкулезом, зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода	Среднесписочная численность больных туберкулезом, зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4	5	6
1	Оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом				

Таблица №3. Расчет суммы, принятой к оплате по обеспечению противотуберкулезными препаратами

№ п/п	Наименование	Применение противотуберкулезных препаратов больным туберкулезом	
		Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4
1.	Всего, в том числе:		
1.1.	при оказании амбулаторно-поликлинической помощи		
1.2.	при оказании стационарной медицинской помощи		

Всего принято к оплате: _____ тенге, в том числе:
удержанная сумма: _____ тенге, из них:
по результатам мониторинга качества и объема: _____ тенге;
за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом, не
прошедшие мониторинга качества и объема : _____ тенге;
за пролеченные случаи прошедшего периода с непредотвратимым летальным
исходом, прошедшие мониторинга качества и объема в отчетном периоде: _____
_____ тенге ;
Сумма снятая: _____ тенге / принятая: _____ тенге, из них:
выплаты: _____ 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;

Заказчик:

Поставщик:

_____ (наименование заказчика)

_____ (наименование поставщика)

Адрес: _____

Адрес: _____

БИН: _____

БИН: _____

ИИК: _____

ИИК: _____

БИК: _____

БИК: _____

_____ (наименование бенефициара)

_____ Наименование банка: _____

Код: _____

КБЕ: _____

КБЕ: _____

Руководитель: _____ / _____

Руководитель: _____ / _____

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

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

(для акта на бумажном носителе)

(для акта на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)

Место печати (при его наличии)

(для акта на бумажном носителе)

(для акта на бумажном носителе)

Примечание: -источник данных - информационная система "Национальный регистр больных туберкулезом".

Приложение 48
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ ҚР ДСМ-23
Приложение 92
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Счет-реестр за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

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

Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Таблица № 1. Расчет суммы, предъявленной к оплате за оказание
медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате (тенге)
1	2	3

1.	Всего за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД в том числе:	
1.1.	по комплексному тарифу на одного ВИЧ-инфицированного и (или) больного СПИД	
1.2.	за обеспечение антиретровирусными препаратами	
2.	Итого к оплате	

Комплексный тариф в месяц: _____ тенге

№ п/п	Наименование	Количество больных ВИЧ-инфицированных и больных СПИД, зарегистрированных в ИС "ЭРОБ" на начало отчетного периода	Количество ВИЧ-инфицированных и больных СПИД взятых на учет		Количество ВИЧ-инфицированных и больных СПИД снятых с учета		Количество ВИЧ-инфицированных и больных СПИД зарегистрированных в ИС "ЭРОБ" на отчетный период
			Всего	в том числе из других регионов	Всего	в том числе умершие	
1	2	3	4	5	6	7	8
	Оказанная медико-социальная помощь ВИЧ-инфицированным и больным СПИД						
1.							
2.							

Таблица № 3. Расчет суммы, предъявленной к оплате за обеспечение антиретровирусными препаратами*

№ п/п	Наименование	Применение антиретровирусных препаратов	
		Количество ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД	Предъявлено к оплате, тенге
1	2	3	4
1.	Всего, в том числе:		
1.1.	при оказании амбулаторно-поликлинической помощи		
1.2.	при оказании стационарной медицинской помощи		

Итого к оплате: _____ тенге

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо): _____
 _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/ (для документа на бумажном носителе) Дата
" _____ " _____ 20__ года

К данному счету-реестру прилагаются следующие приложения*:

1) реестр движения ВИЧ-инфицированных и больных СПИД по форме согласно приложению 1 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД;

2) реестр оказанной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИД по комплексному тарифу по форме согласно приложению 2 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД;

3) сводный реестр данных об обеспеченных рецептах антиретровирусных препаратов, подлежащих оплате.

Примечание:

* -источник данных - информационная система "Лекарственное обеспечение"

Приложение 1
к счету-реестру за оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД
Форма

Реестр движения ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД период: с
" ____ " _____ 20__ года по " ____ " _____ 20__ года

(Наименование поставщика)

№ п/п	Период (календарный день месяца)	Количество ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД, зарегистрированных в ИС "ЭРОБ" на начало календарного дня месяца	Количество ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД взятых на учет		Количество ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД снятых с учета		Количество ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД, зарегистрированных в ИС "ЭРОБ" на конец календарного дня месяца	СрчиВи и СГ
			Всего	в том числе из других регионов	Всего	в том числе умершие		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
	Итого							

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо): _____

----- / -----

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

—

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/ (для документа на бумажном носителе) Дата

" _____ " _____ 20__ года

Приложение 2
к счету-реестру за оказание медицинской
помощи ВИЧ-инфицированным и (или)
больным СПИД
Форма

Реестр оказанной медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД по комплексному тарифу

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

(Наименование поставщика)

Перечень оказанных консультативно-диагностических услуг:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5
1.				X
2.				X
	Итого			

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо): _____

----- / -----

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

п о д п и с ь)

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

—

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/ (для документа на бумажном носителе) Дата

" _____ " _____ 20__ года

Приложение 3
к счету-реестру за оказание медицинской
помощи ВИЧ-инфицированным и (или)
больным СПИД
Форма

Сводный реестр данных об обеспеченных рецептах антиретровирусных препаратов, подлежащих оплате*

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

(Наименование поставщика)

№ п/п	№ и дата обеспеченного рецепта	Международное непатентованное наименование	Торговое наименование	Форма выпуска, дозировка	Единица измерения	Цена за единицу измерения (тенге) **	Количество в единице измерения	Сумма (тенге) (гр.7 * гр8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Итого сумма оплаты _____ тенге.
(п р о п и с ь ю)

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо): _____

_____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии)/ (для документа на бумажном носителе) Дата "

_____ " _____ 20__ года

П р и м е ч а н и е :

* - источник данных - информационные системы "Лекарственное обеспечение";

** указывается закупочная цена по договору с единым дистрибьютором.

Приложение 49
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ КР ДСМ-23
Приложение 94
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

**Протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию
медико-социальной
помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД**

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

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Таблица № 1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИД

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате, тенге	Снято, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4	5
1.	Всего за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД, в том числе:			
1.1.	по комплексному тарифу			
1.2.	за обеспечение антиретровирусными препаратами			

Таблица № 2. Расчет суммы иных выплат/вычетов

№ п/п	Основание	Выплаты, сумма тенге	Вычеты, сумма тенге
1	2	3	4
1.			
	Итого		

Всего предъявлено к оплате _____ тенге

Всего принято к оплате _____ тенге

Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо): _____

----- / -----

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

(для протокола на бумажном носителе)

Должностные лица заказчика: _____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

_____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

_____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Ознакомлен (уполномоченное должностное лицо) поставщика: _____

----- / -----

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

п о д п и с ь)

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/ (для документа на бумажном носителе) Дата

" ____ " _____ 20 ____ года

Приложение 50
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ КР ДСМ-23
Приложение 99
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Акт

**оказанных услуг за оказание медико-социальной помощи
ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД**

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

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной 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 сумма оплаченных (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

Комплексный тариф в месяц: _____ тенге

Таблица № 1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД

№ п /п	Наименование	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4
1.	Всего за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД, в том числе:		
1.1.	по комплексному тарифу		
1.2.	за обеспечение антиретровирусными препаратами		

Таблица № 2. Сумма иных выплат/вычетов

№ п/п	Основание	Выплаты, сумма тенге	Вычеты, сумма тенге
1	2	3	4
1.			
ИТОГО			

Всего принято к оплате: _____ тенге, в том числе:
 удержанная сумма: _____ тенге, из них:
 по результатам мониторинга качества и объема: _____ тенге;
 за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом, не
 п р о ш е д ш и е
 мониторинга качества и объема : _____ тенге;
 за пролеченные случаи прошедшего периода с непредотвратимым летальным
 исходом, прошедшие мониторинга качества и объема в отчетном периоде: _____
 _ _ _ _ т е н г е ;
 Сумма снятая: _____ тенге / принятая: _____ тенге, в том числе:
 выплаты: _____ 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 сумма лизинговых платежей: _____ тенге.

З а к а з ч и к :	П о с т а в щ и к :
_____	_____
(наименование заказчика)	(наименование поставщика)
Адрес: _____	Адрес: _____
БИН: _____	БИН: _____
ИИК: _____	ИИК: _____
БИК: _____	БИК: _____
(наименование бенефициара)	Наименование банка: _____
Код: _____	_____
КБЕ: _____	КБЕ: _____
Руководитель: _____ / _____	Руководитель: _____ / _____
(Фамилия, имя, отчество /подпись)	(Фамилия, имя, отчество /подпись)

Итого								
-------	--	--	--	--	--	--	--	--

Итого к оплате: _____ тенге

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо): _____
 ----- / -----

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _

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

Место печати (при его наличии)/ (для документа на бумажном носителе)

Дата " _____ " _____ 20__ года

К данному счету-реестру прилагаются следующие приложения:

1) реестр движения лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) по форме согласно приложению 1 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями);

2) реестр оказанной медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) по комплексному тарифу по форме согласно приложению 2 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями);

3) реестр оказанной медицинской помощи и консультативно-диагностических услуг лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) с привлечением соисполнителя по форме согласно приложению 3 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями).

Примечание: -источник данных - информационная система "Электронный регистр психических больных".

Приложение 1
 к счету-реестру за оказание медико-
 социальной помощи лицам, страдающим
 психическими и поведенческими
 расстройствами (заболеваниями)
 Форма

Реестр движения лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями)

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

№ п/п	Период (календарный день месяца)	Количество лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), на начало календарного дня месяца	Количество лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями) взятых на учет		Количество лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями) снятых с учета		Количество лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), на конец календарного дня месяца	Среднесписочная численность лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями)
			Всего	в том числе из других регионов	Всего	в том числе умершие		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
	Итого							

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо): _____

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

п о д п и с ь)

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии)/ (для документа на бумажном носителе) Дата
" ____ " _____ 20 ____ года

Примечание: *- источник данных - информационная система "Электронный регистр психических больных".

Приложение 2
к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями)
Форма

Реестр
оказанной медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) по комплексному тарифу*
период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

Таблица №1: Перечень оказанных консультативно-диагностических услуг:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5
1.				

2.				
Итого				

Таблица №2. Перечень пролеченных случаев специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи

№ п/п	Профиль койки	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Повод обращения	Основной заключительный диагноз		Основная операция	
							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:									
1.1	итого стационарная помощь _____, в том числе:									
1.2	итого стационарозамещающая помощь _____, в том числе:									

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо): _____
 _____ / _____
 (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
 (для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер: _____ / _____
 (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)
 (для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/ (для документа на бумажном носителе) Дата
 " _____ " _____ 20 ____ года

Примечание: -источник данных - информационная система "Электронный регистр психических больных".

Приложение 3
 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями)
 Форма

Реестр оказанной медицинской помощи и консультативно-диагностических услуг лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) с привлечением соисполнителя)
 период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

Таблица №1: Перечень оказанных консультативно-диагностических услуг:

№ п/п	Полный код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге **
1	2	3	4	5	6
Наименование соисполнителя _____ (по договору соисполнения от _____ № _____)					
1.	услуги по договору соисполнения, итого:				
1.1.	по направлениям специалистов ПМСП, итого				
1.2.	по экстренным показаниям, итого				
1.3.	по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого				
2.	услуги, не включенные в договор соисполнения, итого:				
2.1.	по направлениям специалистов ПМСП, итого				
2.2.	по экстренным показаниям, итого				
2.3.	по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого				
3.	Итого:				

Таблица №2. Перечень пролеченных случаев специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи

№ п/п	Профиль койки	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Повод обращения
1	2	3	4	5	6	7
Наименование соисполнителя _____ (по договору соисполнения от _____ № _____)						
1.	Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе:					
1.1.	итого стационарная помощь, в том числе:					
1.2.	итого стационарозамещающая помощь, в том числе:					
2.	Всего случаев, не включенных в договор соисполнения, итого					
2.1.	итого стационарная помощь, в том числе:					
2.2.	итого стационарозамещающая помощь, в том числе:					

продолжение таблицы

Основной заключительный диагноз	Основная операция				

Код МКБ-10	Наименование	Код МКБ-9	Наименование	Исход лечения	Количество пролеченных случаев	Количество койко-дней	Количество случаев
8	9	10	11	12	13	14	15
Наименование соисполнителя _____ (по договору соисполнения от _____ № _____)							
Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе:							
Всего случаев, не включенных в договор соисполнения, итого							

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо): _____
 _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии)/ (для документа на бумажном носителе) Дата
 " _____ " _____ 20 ____ года

Примечание: -источник данных - информационная система "Электронный регистр психических больных".

Приложение 52
 к приказу Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 10 апреля 2019 года
 № КР ДСМ-23
 Приложение 102
 к Правилам оплаты услуг
 субъектов здравоохранения
 Форма

**Протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию
 медико-социальной
 помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими
 расстройствами (заболеваниями)**

№ _____ от " _____ " _____ 20 ____ года

4.	Сумма за отчетный и прошедший периоды по случаям с летальным исходом						
4.1	за отчетный период						
4.2	за прошедший период						
5.	ИТОГО по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг						
№ п/п	Основание	Выплаты, сумма тенге		Вычеты, сумма тенге			
1	2	3		4			
1.							
	Итого						

Всего предъявлено к оплате _____ тенге

Всего принято к оплате _____ тенге

Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо): _____

----- / -----

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

(для протокола на бумажном носителе)

Должностные лица заказчика: _____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

_____/_____

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

(для документа на бумажном носителе)

_____/_____

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

(для документа на бумажном носителе)

Ознакомлен (уполномоченное должностное лицо) поставщика): _____

----- / -----

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/ (для документа на бумажном носителе) Дата

" _____ " _____ 20 ____ года

П р и м е ч а н и е :

- источник данных- информационная система "Электронный регистр психических больных".

Приложение 1
к протоколу исполнения
договора закупа услуг по оказанию
медико-социальной помощи лицам,

Реестр лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) с несвоевременной регистрацией сведений о смерти*

Комплексный тариф в месяц: _____ тенге
Комплексный тариф 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	штрафные санкции
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
	Итого							

Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо): _____

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

Должностные лица заказчика: _____ / _____

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

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

Место печати (при его наличии)/ (для документов на бумажном носителе)

Дата " _____ " _____ 20 ____ года

Примечание: * - источник данных - информационная система "Электронный регистр психических больных".

Акт оказанных услуг за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим

психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями)

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

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

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

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Общая сумма Договора: _____

_____ т е н г е

в том числе общая сумма выплаченного аванса: _____

_____ т е н г е

Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): _____

_____ т е н г е

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): _____

_____ т е н г е

Таблица № 1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями)

Комплексный тариф в месяц: _____ тенге

№ п/п	Наименование	Количество лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями), зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода	Среднесписочная численность лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями), зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4	5	6
1.	Оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и				

поведенческими расстройствами заболеваниями)	(
--	---	--	--	--	--

Всего принято к оплате: _____ тенге, в том числе:
удержанная сумма: _____ тенге, из них:
по результатам мониторинга качества и объема: _____ тенге;
за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом, не
прошедшие мониторинга качества и объема : _____ тенге;
за пролеченные случаи прошедшего периода с непредотвратимым летальным
исходом, прошедшие мониторинг качества и объема в отчетном периоде: _____
_____ т е н г е ;

Сумма снятая: _____ тенге / принятая: _____ тенге, из них:
выплаты: _____ 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

З а к а з ч и к :

П о с т а в щ и к :

(наименование	заказчика)	(наименование	поставщика)
Адрес: _____		Адрес: _____	
БИН: _____		БИН: _____	
ИИК: _____		ИИК: _____	
БИК: _____		БИК: _____	
(наименование	бенефициара)	Наименование	банка: _____
Код: _____			
КБЕ: _____		КБЕ: _____	
Руководитель: _____ / _____		Руководитель: _____ / _____	
(Фамилия, имя, отчество /подпись)	(при его наличии)	(Фамилия, имя, отчество /подпись)	(при его наличии) (для акта на бумажном носителе
(для акта на бумажном носителе)			
Место печати (при его наличии)/		Место печати (при его наличии)	
(для акта на бумажном носителе)		(для акта на бумажном носителе)	

Примечание: - источник данных - информационная система "Электронный
регистр психических больных".

Приложение 54
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ ҚР ДСМ-23
Приложение 104
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Счет-реестр

за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим
алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

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

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

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Численность по договору _____

Комплексный тариф в месяц: _____ тенге

№ п/п	Наименование	Количество лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией на начало отчетного периода	Количество лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией расстройством взятых на учет		Количество лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией расстройством снятых с учета		Количество лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией на конец отчетного периода	Средне-списочная численность лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией	Предъявлен к оплате, тенге
			Всего	в том числе из других регионов	Всего	в том числе умершие			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.									
2.									
	Итого								

Итого к оплате: _____ тенге

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо): _____

_____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/ (для документа на бумажном носителе) Дата

" _____ " _____ 20 ____ года

К данному счету-реестру прилагаются следующие приложения:

1) реестр движения лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и

токсикоманией по форме согласно приложению 1 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией;

2) реестр оказанной медико-социальной помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по комплексному тарифу по форме согласно приложению 2 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией;

3) реестр оказанной медицинской помощи и консультативно-диагностических услуг лицам, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией с привлечением соисполнителя по форме согласно приложению 3 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией.

Примечание: - источник данных - информационная система "Электронный регистр наркологических больных".

Приложение 1
к счету-реестру за оказание
медико-социальной помощи лицам,
страдающим алкоголизмом,
наркоманией и токсикоманией
Форма

Реестр движения лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией *

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

№ п/п	Период (календарный день месяца)	Количество лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией на начало календарного дня месяца	Количество лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией взятых на учет		Количество лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией снятых с учета		Количество лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией на конец календарного дня месяца	Среднесписочная численность лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией
			Всего	в том числе из других регионов	Всего	в том числе умершие		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
	Итого							

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо): _____

_____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/ (для документа на бумажном носителе) Дата

" _____ " _____ 20__ года

Примечание: *- источник данных - информационная система "Электронный регистр наркологических больных".

Приложение 2
к счету-реестру за оказание
медико-социальной помощи лицам,
страдающим алкоголизмом,
наркоманией и токсикоманией
Форма

Реестр

**оказанной медицинской помощи лицам, страдающим алкоголизмом,
наркоманией и токсикоманией по комплексному тарифу***

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

Таблица №1: Перечень оказанных консультативно-диагностических услуг

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5
1.				
2.				
	Итого			

Таблица №2. Перечень пролеченных случаев специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи

№ п/п	Профиль койки	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Повод обращения	Основной заключительный диагноз		Основная операция	
							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:									
1.1.	итого стационарная помощь _____, в том числе:									
1.2.	итого стационарозамещающая помощь _____, в том числе:									

2.2.	по экстренным показаниям, итого			
2.3.	по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого			
3.	Итого:			

Таблица №2. Перечень пролеченных случаев специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи

№ п/п	Профиль койки	ИИН	№ медицинской карты	Д а т а госпитализации	Д а т а выписки	П о в о д обращения
1	2	3	4	5	6	7
Наименование соисполнителя _____ (по договору соисполнения от _____ № _____)						
1.	Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе:					
1.1.	итого стационарная помощь, в том числе:					
1.2.	итого стационарозамещающая помощь, в том числе:					
2.	Всего случаев, не включенных в договор соисполнения, итого					
2.1.	итого стационарная помощь, в том числе:					
2.2.	итого стационарозамещающая помощь, в том числе:					

продолжение таблицы

Основной заключительный диагноз		Основная операция		Исход лечения	Количество пролеченных случаев	Количество койко-дней	Количество случаев
Код МКБ-10	Наименование	Код МКБ-9	Наименование				
8	9	10	11	12	13	14	15
Наименование соисполнителя _____ (по договору соисполнения от _____ № _____)							
Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе:							
Всего случаев, не включенных в договор соисполнения, итого							

Примечание: *- источник данных - информационная система "Электронный регистр наркологических больных".

Протокол

исполнения договора закупа услуг за оказание медико-социальной помощи

лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

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

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

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Таблица № 1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание медицинской помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате, тенге	Снято, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4	5
1.	Всего за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией по комплексному тарифу			

Таблица №2. Расчет суммы, принимаемой к оплате по комплексному тарифу за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией по комплексному тарифу

Таблица № 2. Расчет суммы иных выплат/вычетов

№ 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 лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией		X	X		X		X

2.	Реестр случаев госпитализаций, прошедших текущий мониторинг						
2.1	за отчетный период						
2.2	за прошедший период						
3.	Реестр случаев госпитализаций, прошедших целевой мониторинг						
3.1	за отчетный период						
3.2	за прошедший период						
4.	Сумма за отчетный и прошедший периоды по случаям с летальным исходом						
4.1	за отчетный период						
4.2	за прошедший период						
5.	ИТОГО по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг						
№ п/п	Основание	Выплаты, сумма тенге		Вычеты, сумма тенге			
1	2	3		4			
1.							
	Итого						

Всего предъявлено к оплате _____ тенге

Всего принято к оплате _____ тенге

Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо): _____

_____ / _____

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

(для протокола на бумажном носителе)

Должностные лица заказчика: _____ / _____

— —

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

(для документа на бумажном носителе)

_____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

_____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Ознакомлен (уполномоченное должностное лицо) поставщика): _____

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

(для документа на бумажном носителе)
Место печати (при его наличии)/ (для документа на бумажном носителе) Дата
" ----- " ----- 20 ____ года

Примечание:

- источник данных- информационная система "Электронный регистр наркологических больных".

Приложение 1
к протоколу исполнения договора
закупа услуг за оказание
медико-социальной
помощи лицам, страдающим
алкоголизмом, наркоманией
и токсикоманией

**Реестр
больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией с
несвоевременной**

регистрацией сведений о смерти*

Комплексный тариф в месяц: ----- тенге
Комплексный тариф 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. за несвоевременное снятие с учета	штрафные санкции
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
	Итого							

Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо): _____

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

Должностные лица заказчика: _____ / _____

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

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

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

Место печати (при его наличии)/ (для документа на бумажном носителе) Дата
" _____ " _____ 20 ____ года

П р и м е ч а н и е :

* - источник данных- информационная система "Электронный регистр наркологических больных".

Приложение 56
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ ҚР ДСМ-23
Приложение 106
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

**Акт оказанных услуг
за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим
алкоголизмом,
наркоманией и токсикоманией**

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

Наименование поставщика: _____
Наименование бюджетной программы: _____
Наименование бюджетной подпрограммы: _____
Общая сумма Договора: _____
т е н г е
в том числе общая сумма выплаченного аванса: _____
т е н г е
Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): _____
т е н г е
Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): _____
т е н г е
Таблица № 1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание медико-социальной

помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией

Комплексный тариф в месяц: _____ тенге

№ п/п	Наименование	Количество лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода	Среднесписочная численность лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4	5	6
1.	Оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией				

Всего принято к оплате: _____ тенге, в том числе:
 удержанная сумма: _____ тенге, из них:
 по результатам мониторинга качества и объема: _____ тенге;
 за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом, не
 прошедшие мониторинга качества и объема : _____ тенге;
 за пролеченные случаи прошедшего периода с непредотвратимым летальным
 исходом, прошедшие мониторинга качества и объема в отчетном периоде: _____
 _____ тенге ;

Сумма снятая: _____ тенге / принятая: _____ тенге, из них:
 выплаты: _____ 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.

Заказчик:

 (наименование заказчика)

Адрес: _____

БИН: _____

ИИК: _____ П о с т а в щ и к :

 _____ (наименование поставщика)

БИК: _____ Адрес: _____

 _____ (наименование бенефициара) БИН: _____
 ИИК: _____

Код: _____ БИК: _____
 _____ Наименование _____ банка: _____
 КБЕ: _____ КБЕ: _____
 Руководитель: _____ / _____ Руководитель: _____ / _____ (Фамилия, имя, отчество /
 _____ подпись) (при его наличии) (для акта на бумажном носителе)
 (Фамилия, имя, отчество / Место печати (при его наличии)/ (для акта на бумажном носителе)
 подпись)
 (при его наличии)
 (для акта на бумажном
 носителе)
 Место печати (при его
 наличии) /
 (для акта на бумажном
 носителе)

Примечание: - источник данных - информационная система "Электронный регистр наркологических больных".

Приложение 57
 к приказу Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 10 апреля 2019 года
 № ҚР ДСМ-23
 Приложение 110
 к Правилам оплаты услуг
 субъектов здравоохранения
 Форма

Реестр услуг патологоанатомической диагностики, прошедших мониторинг

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

(Наименование поставщика)

№ п/п	Дата оказания услуги	Услуга		Код по перечню*					Подлежит снятию (сумма в тенге)
		Код услуги по тарификатору	Наименование	2.1	2.2	3.1	5.2	6.15	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ИТОГО, всего дефектов									X
ИТОГО, сумма снятия, в тенге				X	X	X	X	X	

Примечание:

* - по услугам с подтвержденными дефектами "1", знаком "х" маркируются если отсутствует дефект или нет информации.

Приложение 58
 к приказу Министра здравоохранения

**Акт мониторинга качества и объема услуг патологоанатомической
диагностики**

№ _____ от " _____ " _____ 20__ года
период с " _____ " _____ 20__ года по " _____ " _____ 20__ года

(Наименование филиала Фонда социального медицинского страхования)

(Наименование поставщика)

№ п/п	Код по Перечню	Наименование случая	Подлежит к снятию	
			Количество услуг	Сумма, тенге
	1	2	3	4
1	I. Реестр услуг патологоанатомической диагностики, прошедших мониторинг			
2	всего дефектов, из них по видам:			
3	2.0.	Некорректное оформление учетно-отчетной документации, ввод данных в ИС		
4	3.0.	Необоснованное завышение объема оказанной медицинской помощи/услуг		
	5.0.	Случаи приписок		
5	6.0.	Необоснованное отклонение лечебно-диагностических мероприятий, оказания услуг от стандартов, правил в области здравоохранения/клинических протоколов		
6	ИТОГО, по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг			
Руководитель заказчика (уполномоченное должностное _____ лицо)		Должностное _____ лицо _____ заказчика (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 (при его наличии) / (для отчета на бумажном носителе) " _____ " _____ 20__ года				

№ п/п	Дата оказания услуги	Услуга		Код по перечню*				Подлежит снятию (сумма в тенге)
		Код услуги по тарификатору	Наименование	2.2	3.1	5.2	6.16	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Медицинская организация:								
ИТОГО, всего дефектов								
ИТОГО, сумма снятия, в тенге								

Примечание: * - по услугам с подтвержденными дефектами ставится "1", знаком "х" маркируются если отсутствует дефект или нет информации.

Приложение 61
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 10 апреля 2019 года
№ КР ДСМ-23
Приложение 117
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Акт мониторинга качества и объема услуг по заготовке, переработке, хранению и реализации крови и ее компонентов, производству препаратов крови

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

(Наименование заказчика)

(Наименование поставщика)

№ п/п	Код по Перечню	Наименование случая	Подлежит к снятию	
			Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5
1.		И. Реестр услуг по заготовке, переработке, хранению и реализации крови и ее компонентов, производству препаратов крови, прошедших текущий мониторинг		
2.		всего дефектов, из них по видам:		
3.	2.0.	Некорректное оформление учетно-отчетной документации, ввод данных в ИС		

4.	3.0.	Необоснованное завышение объема оказанной медицинской помощи/услуг		
5.	5.0.	Случаи приписок		
6.	6.0.	Необоснованное отклонение лечебно-диагностических мероприятий, оказания услуг от стандартов, правил в области здравоохранения/клинических протоколов		
7.	I. Реестр услуг по заготовке, переработке, хранению и реализации крови и ее компонентов, производству препаратов крови, прошедших целевой мониторинг			
8.	всего дефектов, из них по видам:			
9.	2.0.	Некорректное оформление учетно-отчетной документации, ввод данных в ИС		
10.	3.0.	Необоснованное завышение объема оказанной медицинской помощи/услуг		
11.	5.0.	Случаи приписок		
12.	6.0.	Необоснованное отклонение лечебно-диагностических мероприятий, оказания услуг от стандартов, правил в области здравоохранения/клинических протоколов		
13.	ИТОГО по результатам мониторинга качества и объема			
Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо)		Должностное лицо заказчика		
_____ / _____		_____ / _____		
(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 (при его наличии)/ (для отчета на бумажном носителе)				
"_____" _____ 20__ года				