

**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 Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 16 марта 2020 года № ҚР ДСМ-16/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 17 марта 2020 года № 20131. Утратил силу приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 27 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-210/2020.

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

**Примечание ИЗПИ!**

**Порядок введения в действие настоящего приказа см. п. 4.**

В соответствии с пунктом 3 статьи 25 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения"  
**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести в приказ исполняющего обязанности Министерства 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 24 апреля 2018 года в Эталонном контрольном банке нормативных правовых актов Республики Казахстан) следующие изменения и дополнения:

в Правилах оплаты услуг субъектов здравоохранения, утвержденных указанным приказом:

подпункты 3) и 4) пункта 2 изложить в следующей редакции:

"3) гарантированный компонент комплексного подушевого норматива первичной медико-санитарной помощи (далее – гарантированный компонент КПН ПМСП) – расчетная стоимость комплекса услуг ПМСП в рамках ГОБМП с учетом поправочных коэффициентов;

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

подпункт 6) пункта 2 изложить в следующей редакции:

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

подпункт 8) пункта 2 изложить в следующей редакции:

"8) базовая ставка – средний объем финансовых средств на оказание медицинской помощи в расчете на один пролеченный случай на уровне стационарной и стационарозамещающей помощи;"

подпункт 15) пункта 2 изложить в следующей редакции:

"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 рамках ГОБМП в расчете на одного ВИЧ-инфицированного и (или) больного СПИД, формируемая на основе клинических протоколов;"

дополнить подпунктами 15-1 и 15-2 пункта 2 следующего содержания:

"15-1) тариф на обследование населения по поводу ВИЧ/СПИД - стоимость услуг в расчете на одного обратившегося по поводу обследования на ВИЧ/СПИД ;

15-2) комплексный тариф на одного обратившегося в Дружественный кабинет – стоимость комплекса медицинских услуг в рамках ГОБМП в расчете на одного обратившегося в Дружественный кабинет;"

подпункт 25) пункта 2 изложить в следующей редакции:

"25) комплексный тариф на одного больного центра психического здоровья – стоимость комплекса медико-социальных услуг больным центра психического здоровья, в рамках ГОБМП в расчете на одного больного с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением психоактивных веществ, зарегистрированного в информационной системе "Электронный регистр диспансерных больных", утвержденная уполномоченным органом согласно пункту 2 статьи 23 Кодекса;"

подпункт 26) пункта 2 исключить;

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 электронные сканированные копии документов. Запрос фондом осуществляется официальным письмом.

Электронная сканированная копия документов не подлежат возврату в адрес поставщика.";

пункт 30 изложить в следующей редакции:

"30. Протокол исполнения договора закупа услуг формируется в зависимости от формы оказываемой медицинской помощи, отдельно на каждый договор закупа услуг, подписывается уполномоченным должностным лицом фонда и предоставляется поставщику для ознакомления.

В протоколе исполнения договора закупа услуг отражаются:

1) иные выплаты - в случаях наличия решения судебных органов, результатов сверки за прошедшие платежные периоды по проведенным платежам, перерасчета сумм, подлежащих оплате ввиду изменения законодательства Республики Казахстан либо по иным основаниям, предусмотренным настоящими Правилами и законодательством Республики Казахстан.

2) иные вычеты - в случаях наличия решения судебных органов, превышения годовой суммы договора закупа услуг, предусмотренной договором закупа услуг, результатов сверки за прошедшие платежные периоды по проведенным платежам, применения штрафных санкций по результатам целевого мониторинга или внепланового мониторинга после закрытия отчетного периода, перерасчета сумм, подлежащих оплате ввиду изменения законодательства Республики Казахстан либо по иным основаниям, предусмотренным настоящими Правилами и законодательством Республики Казахстан.";

пункт 36 изложить в следующей редакции:

"36. Оплата по подписанным актам оказанных услуг осуществляется фондом не позднее 20 (двадцати) календарных дней после завершения отчетного периода, путем перечисления денежных средств на расчетный счет поставщика в банке второго уровня или на контрольные счета наличности, открытые для проведения банковских операций по зачислению и расходованию средств, полученных за оказание услуг.

В случае предоставления повторного скорректированного счета-реестра и при возникновении обстоятельств непреодолимой силы, по основаниям, предусмотренным пунктами 27 настоящих Правил, оплата осуществляется не позднее 15 (пятнадцати) календарных дней со дня предоставления скорректированного счета-реестра.";

пункт 38 изложить в следующей редакции:

"38. Поставщик в случае несогласия с актом оказанных услуг не позднее трех рабочих дней со дня его получения информирует фонд об отказе от подписания акта оказанных услуг с обоснованием причин отказа и приложением расчетов и документов, подтверждающих причину отказа.

Фонд не позднее 2 (двух) рабочих дней со дня получения отказа от подписания акта оказанных услуг сообщает поставщику о принятом решении:

- корректировка акта оказанных услуг и повторное направление акта оказанных услуг на подписание с приложением расчетов и документов, подтверждающих правильность решения;

- повторное направление акта оказанных услуг без внесения в него изменений с обоснованием такого решения).

Срок оплаты по подписанным актам оказанных услуг продлевается на период времени, затраченный фондом и поставщиком на достижение согласия по подписанию акта оказанных услуг.";

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, больным с психическими и поведенческими расстройствами и психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ.";

дополнить пунктом 47-1 следующего содержания:

"47-1. Оплата услуг соисполнителя осуществляется в пределах суммы, предусмотренной договором соисполнения.";

пункт 48 изложить в следующей редакции:

"48. Оплата услуг поставщиков – субъектов здравоохранения, оказывающих ПМСП и комплекс амбулаторно-поликлинических услуг прикрепленному населению (далее – субъекты ПМСП) осуществляется в пределах суммы, предусмотренной договором закупа услуг за оказание:

1) АПП прикрепленному населению;

2) круглосуточной неотложной медицинской помощи прикрепленному населению для обслуживания 4 категории срочности вызовов;

3) обеспечение специализированными лечебными низкобелковые продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина.";

дополнить пунктами 48-1, 48-2, 48-3 и 48-4 следующего содержания:

"48-1. Оплата за оказание АПП прикрепленному населению осуществляется по тарифу КПП ПМСП, который включает:

1) обеспечение комплекса амбулаторно-поликлинических услуг прикрепленному населению по перечню услуг, затраты по которым учитываются при оплате за комплекс амбулаторно-поликлинических услуг, оказанный субъектами здравоохранения городского значения, районного значения и села по комплексному подушевому нормативу, согласно приложению 5 к настоящим Правилам;

2) стимулирование работников поставщика, оказывающего услуги ПМСП, за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъектов ПМСП в порядке, определенном приказом № 429 и Методикой формирования тарифов (далее – стимулирование работников ПМСП).

48-2. Оплата за оказание круглосуточной неотложной медицинской помощи прикрепленному населению для обслуживания 4 категории срочности вызовов осуществляется по подушевому нормативу на оказание неотложной помощи.

48-3. Оплата за обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина для субъектов ПМСП, обслуживающих прикрепленное население с заболеванием фенилкетонурия осуществляется по фактическим затратам.

48-4. 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 50 исключить;

пункт 51 изложить в следующей редакции:

"51. Фонд на основании акта сверки, указанного в пункте 39 настоящих Правил, осуществляет корректировку суммы договора закупа услуг в связи с изменением количества лиц с заболеванием фенилкетонурия, прикрепленных к субъекту ПМСП или видов специализированных лечебных продуктов по медицинским показаниям.";

дополнить пунктом 74-1 следующего содержания:

"74-1. Оплата за оказание услуг субъектов ПМСП медицинской помощи обучающимся организаций среднего образования, не относящихся к интернатным организациям, на одного прикрепленного школьника согласно договору закупа услуг, осуществляется по подушевому нормативу.";

дополнить пунктом 74-2 следующего содержания:

"74-2. Оплата услуг по проведению профилактического медицинского осмотра согласно Правилам и периодичности проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, утвержденных приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 5918) осуществляется при завершении профилактического осмотра по каждому виду профилактического медицинского (скринингового) осмотра, за исключением профилактических осмотров обучающихся организаций среднего образования, не относящихся к интернатным организациям.";

пункт 85 изложить в следующей редакции:

"85. Оплата за один пролеченный случай дневного стационара:

1) терапевтического профиля осуществляется по тарифу 1/2 (одной второй) от тарифа за один пролеченный случай по КЗГ с учетом коэффициента затратоемкости стационарной помощи;

2) хирургического профиля дневного стационара осуществляется по тарифу 3/4 (треть четверти) от тарифа за один пролеченный случай по КЗГ с учетом коэффициента затратоемкости стационарной помощи.

Нормы настоящего пункта не распространяются на пункты 106, 107 и 124 настоящих Правил.";

дополнить пунктами 86-1, 86-2 следующего содержания:

"86-1. При оказании паллиативной помощи долговременного пребывания больного оплата осуществляется по тарифу за один койко-день при пребывании девяносто дней.

При этом, все койко-дни при пребывании девяносто дней одного пациента за отчетный период считаются как один пролеченный случай.

Оплата осуществляется с учетом результатов мониторинга качества и объема услуг как за один заверченный пролеченный случая.

86-2. При экстренной госпитализации ребенка в возрасте до трех лет, а также тяжело больных детей старшего возраста, нуждающихся по заключению врачей в дополнительном уходе, оплата услуг по обследованию в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 марта 2018 года № 126 "Об утверждении Санитарных правил " Санитарно – эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно – противоэпидемических, санитарно – профилактических мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний" (зарегистрирован в Государственном реестре нормативных правовых актов Республики Казахстан 16793) матери (отца), непосредственно осуществляющего уход за ребенком, из числа получателей адресной социальной помощи, многодетных матерей, награжденных подвесками "Алтын алқа", "Күміс алқа", неработающих лиц,

осуществляющих уход за ребенком-инвалидом; неработающих лиц, осуществляющих уход за инвалидом первой группы с детства, производится дополнительно к стоимости пролеченного случая по тарифу.";

пункт 89 изложить в следующей редакции:

"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 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 и № 003/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.";

пункт 95 изложить в следующей редакции:

"95. Линейная шкала не применяется:

- 1) к областным и городским организациям родовспоможения;
- 2) к многопрофильным стационарам, оказывающим услуги родовспоможения с долей родовспоможения 45 (сорок пять) процентов и выше от пролеченных случаев;
- 3) к стационарам, в том числе республиканским организациям здравоохранения, оказывающим услуги детям до 1 (одного) года с долей детей до 1 (одного) года 45 (сорок пять) процентов и более от пролеченных случаев;
- 4) к стационарам, в том числе республиканским организациям здравоохранения, оказывающим услуги детям до 1 (одного) года и услуги родовспоможения с совокупной долей детей до 1 (одного) года и услуг родовспоможения 45 (сорок пять) процентов и более от пролеченных случаев;
- 5) на услуги гемодиализа и перитонеального диализа, оказанные по форме стационарозамещающей медицинской помощи;
- 6) на услуги детям с онкологическими заболеваниями, оплата по которым осуществляется согласно параграфу 3 настоящей главы;
- 7) на услуги, предоставляемые республиканскими организациями здравоохранения, оказывающими медицинскую помощь онкологическим больным и больным туберкулезом;
- 8) на услуги, предоставляемые организациями здравоохранения и Корпоративным фондом "University Medical Center", оказывающие медицинскую помощь больным со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани по перечню злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей и болезней крови, кроветворных органов по кодам Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем - 10 (далее – МКБ-10) согласно приложению 33 к настоящим Правилам;
- 9) на высокотехнологичные медицинские услуги;
- 10) за обеспечение комплектом по уходу за младенцем (аптечка новорожденного);
- 11) на услуги, оказанные больным инфекционными заболеваниями на койках инфекционного профиля на уровне круглосуточного стационара.";



пункт 100 изложить в следующей редакции:

"100. Оплата не осуществляется по перечню диагнозов, которые согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем МКБ-10 не являются основным диагнозом и исключены из Перечня КЗГ по статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, согласно приложению 48 к настоящим Правилам, за исключением случаев двойного кодирования по медицинской реабилитации, паллиативной помощи и родовспоможению.";

пункт 101 изложить в следующей редакции:

"101. Кратковременное (до 3 (трех) суток включительно) пребывание пациента в круглосуточном стационаре, связанное с переводом, самовольным уходом пациента, оплачивается по фактически проведенным койко-дням от стоимости КЗГ основного диагноза или операции.

Оплата в случае непредотвратимых летальных исходов при кратковременном пребывании (до трех суток включительно) производится по пятидесятипроцентной стоимости пролеченного случая по КЗГ основного диагноза или операции.";

дополнить пунктом 103-1 следующего содержания:

"103-1. Оплата медицинских услуг, оказываемых больным инфекционными заболеваниями на койках инфекционного профиля осуществляется по тарифу за один пролеченный случай по КЗГ с учетом коэффициента затратоемкости.";

дополнить пунктом 109-1 следующего содержания:

"109-1. Оплата за оказание услуг в приемном отделении осуществляется по тарифу за один пролеченный случай по КЗГ с учетом коэффициента затратоемкости для приемных отделений медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь.";

пункт 115 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) результатов мониторинга качества и объема об обоснованности предоставления пациенту дополнительных лекарственных средств и МИ, не входящих в условия настоящих Правил;

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

4) акта сверки, подписанного должностными лицами фонда и поставщика.";  
дополнить пунктом 124-1 следующего содержания:

"124-1. При оказании медицинской помощи онкологическим больным республиканскими организациями здравоохранения оплачиваются расходы на услуги перезарядки и сервисное обслуживание ионизирующего излучения по фактическим расходам.";

пункт 126 изложить в следующей редакции:

"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 с учетом поправочных коэффициентов.";

пункт 132 изложить в следующей редакции:

"132. Оплата поставщику за оказание скорой медицинской помощи осуществляется:

1) по подушевому нормативу на оказание скорой медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом.

2) за проведение тромболитической терапии - по фактической (закупочной) стоимости препарата, не превышающей ее предельную стоимость, определенную уполномоченным органом в соответствии с подпунктами 20) и 68) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье.";

дополнить пунктом 133-2 следующего содержания:

"133-2. Счет-реестр за оказание скорой медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом формируется в ручном или автоматизированном режиме в ИС "ЕПС" по форме согласно приложению 51 к настоящим Правилам (далее - счет-реестр за оказание скорой медицинской помощи, медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом).";

пункт 134 изложить в следующей редакции:

"134. Для автоматизированного формирования счета-реестра за оказание скорой медицинской помощи, медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом) и корректного расчета суммы, предъявляемой к оплате, поставщик обеспечивает ежедневный персонифицированный ввод данных по формам № 110/у, № 110-2/у и № 114/у первичной медицинской документации, утвержденной приказом № 907 в МИС интегрированной с ИС "ЕПС" (при ее наличии).";

пункт 136 изложить в следующей редакции:

"136. По результатам мониторинга качества и объема услуг скорой медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом формируются:

1) реестр услуг скорой медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом, прошедших текущий мониторинг по форме согласно приложению 54 к настоящим Правилам;

2) реестр услуг скорой медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом, прошедших целевой мониторинг по форме согласно приложению 54-1 к настоящим Правилам;

3) акт мониторинга качества и объема медицинских услуг скорой медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом по форме согласно приложению 55 к настоящим Правилам.";

пункты 140, 141, 142, 143, 144 исключить;

дополнить пунктом 147-1 следующего содержания:

"147-1. Оплата услуг поставщиков – субъектов здравоохранения, оказывающих ПМСП и комплекс амбулаторно-поликлинических услуг прикрепленному сельскому населению (далее – субъекты села) в рамках ГОБМП осуществляется в пределах суммы, предусмотренной договором закупок услуг за оказание:

1) АПП прикрепленному населению по тарифу КПН АПП, включая оказание стационарозамещающей, стационарной медицинской помощи и обеспечение при выписке из круглосуточного стационара родильницы с живым новорожденным стоимости комплекта по уходу за младенцем (аптечка новорожденного);

2) круглосуточной неотложной медицинской помощи прикрепленному населению для обслуживания 4 категории срочности вызовов;

3) обеспечение специализированными лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина.";

пункт 148 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 амбулаторно-поликлинических услуг прикрепленному населению 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;"

дополнить пунктами 148-1, 148-2 и 148-3 следующего содержания:

"148-1. Оплата за оказание круглосуточной неотложной медицинской помощи прикрепленному сельскому населению для обслуживания 4 категории срочности вызовов осуществляется по подушевому нормативу на оказание неотложной помощи.

148-2. Оплата за обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина для субъектов села, обслуживающих прикрепленное сельское население с заболеванием фенилкетонурия осуществляется по фактическим затратам.

148-3. По решению местного органа государственного управления здравоохранением области, города республиканского значения и столицы (далее – УЗ) допускается определение субъектов села 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 152 изложить в следующей редакции:

"152. Фонд на основании акта сверки, указанного в пункте 39 настоящих Правил, осуществляет корректировку суммы договора закупа услуг в связи с изменением количества лиц с заболеванием фенилкетонурия, прикрепленных к субъекту села, или видов специализированных лечебных продуктов по медицинским показаниям и лиц, получивших комплект по уходу за младенцем (аптечку новорожденного).";

дополнить пунктом 152-1 следующего содержания:

"152-1. Оплата за оказание стационарозамещающей и стационарной медицинской помощи в системе ОСМС субъектам села осуществляется согласно Главе 2.";

пункт 154 изложить в следующей редакции:

"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" МИС;

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

3) ежедневный ввод внешних направлений на КДУ в МИС интегрированной с ИС "ЕПС" по форме № 201/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, 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 8) 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 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 и № 003/у первичной медицинской документации, утвержденные приказом № 907).

В случае отсутствия в ИС "ЕПС" информации, предусмотренной подпунктом 8) 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 8) настоящего пункта.";

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) – 9) 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) за оказание специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи онкологическим больным не состоящим на учете в данном онкодиспансере, в рамках реализации их права на свободный выбор (далее – иногородний больной), больным с предраковыми заболеваниями, направленным на верификацию диагноза – по тарифам за один пролеченный случай по КЗГ с учетом коэффициента затратно-емкости (по кодам МКБ-10 С00-С80, С81-С85, С97) за исключением услуг/операций согласно приложению 79-1 к настоящим Правилам;

5) 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;

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

7) за проведение молекулярно-генетической и молекулярно-биологической диагностики – по тарифам.

8) за проведение услуг перезарядки лучевого оборудования и сервисного обслуживания ионизирующего излучения – по фактическим расходам;"

дополнить пунктом 173-1 следующего содержания:

"173-1. В ИС "ЭРОБ" осуществляется ввод данных по фактическому проведению перезарядки и сервисного обслуживания ионизирующего излучения с приложением документов, подтверждающих предъявленные затраты.";

пункт 186 изложить в следующей редакции:

"186. Оплата поставщикам - противотуберкулезным диспансерам за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом осуществляется в пределах суммы, предусмотренной договором закупа услуг:

1) по комплексному тарифу на одного больного туберкулезом;

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.

Оплата услуг осуществляется по комплексному тарифу на одного больного туберкулезом, который предусматривает затраты на:

1) осуществление лечебно-диагностических мероприятий по выявлению туберкулеза у лиц с подозрением на наличие данного заболевания;

2) обеспечение лечебно-диагностическими мероприятиями больных туберкулезом (активный туберкулез) и диспансерное наблюдение за лицами, состоящими на диспансерном учете в противотуберкулезных диспансерах;

3) оказание социально-психологической и паллиативной помощи больным туберкулезом.

4) оказание восстановительного лечения и медицинской реабилитации взрослым и детям больным туберкулезом и перенесшим туберкулез, за исключением снятых с динамического наблюдения;

5) оказание профилактического лечения латентной туберкулезной инфекции.

Оплата за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом в республиканской организации осуществляется за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи по тарифу за один койко-день.";

дополнить пунктом 187-1 следующего содержания:

"187-1. При отсутствии в противотуберкулезных диспансерах подразделений, осуществляющих восстановительное лечение и медицинскую реабилитацию взрослым и детям больным туберкулезом и перенесшим туберкулез, по согласованию с фондом, привлекаются в качестве соисполнителя субъекты здравоохранения за счет средств, предусмотренных по договору закупок услуг.";

пункт 191 изложить в следующей редакции:

"191. Автоматизированный расчет суммы, предъявляемой противотуберкулезным диспансером к оплате за отчетный период и отражаемой в счете-реестре за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом, осуществляется на основании:

регистрации (перерегистрации), постановки на учет и снятия с учета лиц с активным туберкулезом в ИС "ЭРДБ" в соответствии с Правилами регистрации, ведения учета случаев инфекционных, паразитарных, профессиональных заболеваний и отравлений, и правил ведения отчетности по ним, утвержденными Приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 сентября 2019 года № ҚР ДСМ-127. (Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 17 сентября 2019 года № 19383.);

регистрации расхода (приход, списание) противотуберкулезных препаратов в ИС "ЛО".";

пункт 193 изложить в следующей редакции:

"193. Для оплаты услуг противотуберкулезный диспансер при регистрации услуг по оказанию медицинской помощи больным туберкулезом в ИС "ЭРСБ" и МИС обеспечивает:



1) ежедневный ввод и подтверждение данных по формам № 003/у, 025/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 - форм № 003/у, № ТБ 01/у или № ТБ 01-категория IV первичной медицинской документации, утвержденной приказом № 907;

3) формирования не позднее 1 (одного) рабочего дня после дня выписки пациента из стационара статистических карт выбывшего из стационара по формам № 066/у и № 003/у первичной медицинской документации, утвержденным приказом № 907.

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

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

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

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

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

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

В случае отсутствия в ИС "ЭРОБ" информации, предусмотренной подпунктом 4) части первой настоящего пункта, формирование счет-реестра за оказание медико-социальной помощи больным за текущий отчетный период поставщику не производится до введения указанных данных.

Поставщик по запросу фонда предоставляет копии первичных бухгалтерских документов, на основании которых осуществлено формирование информации, указанной в настоящем пункте.:";

пункты 202 и 203 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) по комплексному тарифу для уязвимых групп населения в Дружественных кабинетах;

3) по тарифам за обследование населения на ВИЧ-инфекции;

4) 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.

"203. Оплата услуг осуществляется по комплексному тарифу на одного ВИЧ-инфицированного и (или) больного СПИД, который включает обеспечение квалифицированной, специализированной, медико-социальной помощи в форме амбулаторно-поликлинической помощи: консультативно-диагностической помощи ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД, в том числе осуществление профилактических мероприятий по снижению риска передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду и ребенку раннего детского возраста.";

пункт 205 исключить;

дополнить пунктом 205-1 следующего содержания:

"205-1. Учет договоров закупа услуг по оказанию медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД, а также дополнительных соглашений к ним, осуществляется фондом в автоматизированном режиме в ИС "ЭРОБ" или на бумажном носителе.

Фонд вводит данные во вкладке "Условия договора" в модуле "Финансовый блок" ИС "ЭРОБ", подтверждает их и прикрепляет копии договоров закупа услуг по оказанию медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД и дополнительных соглашений к нему при их наличии.";

дополнить пунктами 206-1 и 206-2 следующего содержания:

"206-1. Сумма оплаты центрам по профилактике и борьбе со СПИД за оказание медицинской помощи для уязвимых групп населения в Дружественных кабинетах определяется по фактическим оказанным услугам путем умножения комплексного тарифа для уязвимых групп населения в Дружественных кабинетах на количество услуг с учетом поправочных коэффициентов.

206-2. Сумма оплаты центрам по профилактике и борьбе со СПИД за обследование населения на ВИЧ-инфекции определяется по фактическим оказанным услугам путем умножения тарифа за обследование населения на ВИЧ-инфекции на количество услуг с учетом поправочных коэффициентов.";

пункт 208 изложить в следующей редакции:

"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) проведения лабораторных исследований на ВИЧ-инфекции для пациентов субъектов здравоохранения, оказывающих стационарную и стационарозамещающую медицинскую помощь и амбулаторно-поликлиническую помощь;

3) оказания медицинской помощи для уязвимых групп населения в Дружественных кабинетах;

4) 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.";

пункт 213-1 исключить;

параграф 5 изложить в следующей редакции:

"Параграф 5. Порядок оплаты за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями) и психическими и поведенческими расстройствами и психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением психоактивных веществ";

пункт 217 изложить в следующей редакции:

"217. Оплата услуг поставщикам – организациям здравоохранения (далее – центры психического здоровья), оказывающим медико-социальную помощь больным с психическими и поведенческими расстройствами и психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением психоактивных веществ (далее - ПАВ), в рамках ГОБМП осуществляется по комплексному тарифу на одного больного центров психического здоровья субъектам здравоохранения, за исключением республиканских организаций здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь в форме стационарной помощи, оплата которым осуществляется за пролеченный случай по расчетной средней стоимости и за один койко-день в рамках ГОБМП (далее – субъект здравоохранения, оказывающий медико-социальную помощь больным центрами психического здоровья).";

пункт 218 изложить в следующей редакции:

"218. Оплата услуг осуществляется по комплексному тарифу на одного больного центров психического здоровья, который включает затраты на:

1) услуги, направленные на профилактику психических и поведенческих расстройств (заболеваний), обследование психического здоровья, диагностику психических нарушений, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями);

2) услуги, направленные на профилактику психических и поведенческих расстройств (заболеваний), обследование психического здоровья граждан, не состоящих на диспансерном учете;

3) оказание лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями) квалифицированной, специализированной, медико-социальной помощи, в том числе социально-трудовую реабилитацию, в следующих формах: скорой медицинской помощи, амбулаторно-поликлинической помощи: консультативно-диагностической помощи, стационарной и стационарозамещающей помощи, в том числе стационарное лечение по решению суда о применении мер принудительного лечения.

4) услуги, направленные на оказание медицинской помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, диагностику алкоголизма, наркомании и токсикомании, вызванных употреблением ПАВ, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией вызванных употреблением ПАВ, медицинское освидетельствование для установления факта употребления ПАВ, в том числе стационарное лечение по решению суда о применении мер принудительного лечения, содержание в центрах временной адаптации и детоксикации;

5) оказание лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, квалифицированной, специализированной, медико-социальной помощи, в том числе социально-трудовую реабилитацию, в следующих формах: скорой медицинской помощи, консультативно-диагностической помощи, стационарной и стационарозамещающей помощи.";

пункты 221, 222 и 223 изложить в следующей редакции:

"221. Автоматизированный учет договоров закупа услуг по оказанию медико-социальную помощь больным центров психического здоровья, а также дополнительных соглашений к ним, осуществляется фондом в ИС "ЭРОБ". Фонд вводит данные во вкладке "Условия договора" в модуле "Финансовый блок" ИС "ЭРОБ", подтверждает их и прикрепляет копии договора закупа услуг и дополнительных соглашений к нему при их наличии.

222. Автоматизированный расчет суммы, предъявляемой центрами психического здоровья к оплате за отчетный период, и отражаемой в счете-реестре за оказание медико-социальную помощь больным центров психического здоровья, обеспечивается на основании регистрации (перерегистрации) в информационных системах здравоохранения:

1) постановки на учет лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями);

2) снятия с учета лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями);

3) случаев оказания медицинской помощи лицам, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями);

4) постановки на учет больных с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ;

5) снятия с учета больных с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ;

6) случаев оказания медицинской помощи больным с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ.

223. Регистрация (перерегистрация) постановки на учет лиц, страдающим психическими и поведенческими расстройствами и психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ осуществляется центрами психического здоровья ежедневно в автоматизированном режиме в ИС "ЭРПБ" на основании:

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

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

прибытия лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами и психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ 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);

3) медицинского освидетельствования о признании лица больным с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ и (или) судебно-наркологического заключения.";

дополнить пунктом 224-1 изложить в следующей редакции:

"224-1. Регистрация снятия с учета больного центров психического здоровья в автоматизированном режиме в ИС "ЭРНБ" на основании:

1) заключения лечащего врача-нарколога, подписанного председателем ВКК или заместителем первого руководителя о снятии с учета;

2) изменения постоянного места жительства с выездом за пределы обслуживаемого центром психического здоровья территории с передачей на наркологический учет и на диспансерное/профилактическое наблюдение в другой центр психического здоровья путем направления документов пациента в региональный центр психического здоровья по новому месту жительства;

3) официальных данных органов внутренних дел Республики Казахстан о гражданах Республики Казахстан, выехавших за пределы Республики Казахстан на постоянное место жительства;

4) решения ВКК центра психического здоровья о снятии с наблюдения больного, когда центр психического здоровья не может в течение 1 (одного) года обеспечить осмотр больного, несмотря на все принятые меры (в том числе обращения в органы внутренних дел и в органы юстиции 1 (один) раз в квартал, при отсутствии объективных сведений о его месте нахождения);

5) осуждения, связанные с лишением свободы на срок свыше 3 (трех) лет; (снятие производится в течение 3 (трех) месяцев после получения ответа на запрос с Комитета по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры Республики Казахстан);

6) свидетельства о смерти больного алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, зарегистрированного в РПН.

7) сведений о смерти, поступающих из ОРАГС;

8) изменения или уточнения диагноза по данной нозологии с взятием на учет по уточненной нозологии.";

пункты 225, 226, 227, 228, 228-1 и 229 изложить в следующей редакции:

"225. Регистрация случаев оказания медицинской помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами и психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ в форме стационарной и стационарозамещающей помощи осуществляется в ИС "ЭРСБ" путем ежедневного ввода и подтверждения данных об оказании стационарной, стационарозамещающей, медико-социальной помощи по форме № 066-3/у и № 066-1/у, утвержденной приказом № 907.

226. Для автоматизированного формирования ИС "ЭРОБ" счета-реестра за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами и психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ по форме, согласно приложению 101 к настоящим Правилам (далее - счет-реестр за оказание медико-социальной помощи при психических расстройствах) и корректного расчета суммы, предъявляемой к оплате, поставщик обеспечивает в информационных системах:

1) ежедневный ввод и подтверждение данных по формам № 025/у, № 030-2/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 психиатрического стационара по формам № 066-3/у, №066-1/у и № 027/у первичной медицинской документации, утвержденным приказом № 907;

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

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

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

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

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

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

Поставщик по запросу фонда предоставляет копии первичных бухгалтерских документов, на основании которых осуществлено формирование информации, указанной в настоящем пункте.

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.

227. Протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами и психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ по форме согласно приложению 102 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию медико-социальной помощи при психических расстройствах) формируется фондом в ручном или автоматизированном режиме в ИС "ЭРОБ".

228. По результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг, оказанных центрами психического здоровья 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 и поведенческими расстройствами и психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ 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 и поведенческими расстройствами и психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ, со дня регистрации даты его смерти по комплексному тарифу в день и штрафных



санкций по перечню дефектов в соответствии с Единым классификатором дефектов.

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

229. Фондом на основании протокола исполнения договора закупа услуг по оказанию медико-социальной помощи при психических расстройствах в ручном или автоматизированном режиме в ИС "ЭРОБ" формируется акт оказанных услуг за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами и психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ по форме согласно приложению 103 к настоящим Правилам (далее – акт оказанных услуг за оказание медико-социальной помощи при психических расстройствах).";

Параграф 6. Порядок оплаты за оказание медико-социальной помощи больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией исключить;

пункт 272 изложить в следующей редакции:

"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, в случае отрицательного результата поиска донора возмещению подлежат фактически понесенные затраты за поиск в международном регистре доноров;

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

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

приложение 4-1 изложить в редакции согласно приложению 1 к настоящему приказу;

приложения 5, 6, 7, 8 и 12 изложить в редакции согласно приложениям 2, 3, 4, 5 и 6 к настоящему приказу;

приложения 14, 14-1 и 15 изложить в редакции согласно приложениям 7, 8 и 9 к настоящему приказу;

приложения 16 и 22 изложить в редакции согласно приложениям 10 и 11 к настоящему приказу;

приложения 24, 24-1 и 25 изложить в редакции согласно приложениям 12, 13 и 14 к настоящему приказу;

приложения 26, 31 и 32 изложить в редакции согласно приложениям 15, 16 и 17 к настоящему приказу;

приложения 37, 38 и 43 изложить в редакции согласно приложениям 18, 19 и 20 к настоящему приказу;

приложения 47, 51, 52, 54, 54-1, 55, 57, 61, 65, 66, 67, 72, 79, 80, 81, 82, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 99, 100, 101, 102, 103, 107, 108, 112, 113, 114 и 118 изложить в редакции согласно приложениям 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55 и 56 к настоящему приказу;

исключить приложения 104, 105 и 106 к указанному 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) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования;

3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа представление в Юридический департамент Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта.

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

4. Настоящий приказ вводится в действие с 1 января 2020 года, за исключением абзацев триста пятого, триста седьмого, триста девятого, триста одиннадцатого, которые вводятся в действие с 1 апреля 2020 года.

*Министр здравоохранения  
Республики Казахстан*

*Е. Биртанов*

Приложение 1 к приказу  
Министра здравоохранения

## Единый классификатор дефектов по формам, видам медицинской помощи и видам медицинской деятельности

№ п/п	Код дефекта	Наименование дефекта	Амбулаторно-поликлиническая помощь		Стационарная и стационарозамещающая помощь (от стоимости пролеченного случая)	Скорая медицинская помощь категория кратност подушево норматива помощи человека в транспортн квалифици специалис ) боль санитарн автотрансг ПН))
			п о 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
1	1.0.	Необоснованная госпитализация	30 КПН	-	100%	25 ПН
2	1.1.	Госпитализация пациента при отсутствии медицинских показаний	+	-	+	-
3.	1.2.	Экстренная госпитализация пациента, помощь которому могла быть оказана в плановом порядке	-	-	+	-
4.	1.3.	Необоснованный отказ в госпитализации на уровне приемного покоя	-	-	+	-
5.	1.4.	Необоснованное отнесение пациента к участнику ОСМС/ ГОБМП	+	+	+	-
6.	2.0	Дефекты оформления медицинской документации	10 КПН	30%	30%	5 ПН
		Дефекты оформления медицинской документации, препятствующие проведению мониторинга качества и объема медицинской помощи (отсутствие в первичной				

7.	2.1.	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)	+	+	+	+
8.	2.2.	Ввод данных в информационные системы здравоохранения (недостовверное, несвоевременное, неполное и некачественное введение данных)	+	+	+	+
9.	2.3.	Несвоевременная регистрация сведений смерти, позднее 10 дней с момента смерти больного / несвоевременное снятие с учета	+	-	-	-
10.	2.4.	Отсутствие в первичной медицинской документации информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство	+	+	+	+
11.	3.0	Необоснованное завышение объема оказанной медицинской помощи/услуг	10 КПН	100%	50%	-
12.	3.1.	Необоснованное увеличение количества проведения лечебных и диагностических услуг	+	+	+	-
13.	3.2.	Удорожание стоимости клинико - диагностических услуг путем оказания более дорогих услуг при наличии альтернатив	+	+	+	-
14.	3.3.	Завышение уровня весового коэффициента КЗГ	-	-	+	-
15.	3.4.	Необоснованное оказание консультативно - диагностических услуг	+	+	-	-
16.	3.5.	Необоснованное направление на оказание консультативно-диагностических услуг	+	+	-	-
17.	4.0	Необоснованная повторная госпитализация	-	-	100%	-
18.	5.0	Неподтвержденный случай оказания медицинской помощи (услуги)	100 КПН	300%	300%	30 ПН

19	5.1.	Включение в счет-реестр на оплату посещений, койко - дней, неподтвержденных случаев медицинской помощи	+	-	+	+
20	5.2.	Включение в счет-реестр на оплату неподтвержденных случаев медицинской услуги	+	+	+	+
21	5.3.	Неподтвержденный случай выдачи ЛС и медицинского изделия, в том числе по АЛО	+	-	+	+
22	5.4.	Прикрепление без уведомления и согласия потребителя медицинских услуг	+	-	-	-
23	5.5.	Необоснованное взятие на учет пациента в регистр ИС здравоохранения	+	-	-	-
24	6.0	Необоснованное отклонение лечебно – диагностических мероприятий, оказания услуг от стандартов, правил в области здравоохранения/ клинических протоколов	15 КПН	30%	30%	10 ПН
25	6.1.	Несвоевременное или ненадлежащее выполнение диагностических / лечебных мероприятий, приведших в исходе лечения к осложнениям	+	+	+	+
26	6.2.	Несвоевременное или ненадлежащее выполнение диагностических / лечебных мероприятий, приведших в исходе лечения к ухудшениям	+	+	+	+
27	6.3.	Несвоевременное или ненадлежащее выполнение диагностических / лечебных мероприятий, с исходом лечения без перемен	+	+	+	+
28	6.4.	Несоблюдение стандартов оказания медицинской помощи / положения о деятельности организаций здравоохранения	+	+	+	+
29	6.5.	Несоблюдение правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения (скрининг)	+	+	-	-
30	6.6.	Несоблюдение правил проведения профилактических прививок согласно Национального календаря прививок	+	-	-	-

31	6.7.	Несвоевременное обеспечение препаратами, МИ в соответствии с клиническими протоколами и по перечню ЛС и МИ в рамках ГОБМП/ОСМС, в том числе по АЛО	+	-	-	-
32	6.8.	Необоснованное назначение/выпуска лекарственных средств и медицинских изделий при отсутствии показаний	+	-	+	+
33	6.9.	Несоблюдение медицинской организацией обязательств социального контракта по ПУЗ / УППП (несоответствие стандарта динамического наблюдения)	+	-	-	-
34	6.10.	Оказание медицинской помощи при наличии противопоказаний	+	+	+	+
35	6.11.	Несвоевременный доезд бригады скорой медицинской помощи по категориям вызова, приведший к развитию осложнений или ухудшению состояния больного	+	-	-	+
36	6.12.	Повторный вызов скорой помощи в течение 24 часов по одному и тому же заболеванию	+	-	-	+
37	6.13.	Несвоевременное или неполное обеспечение потребности субъектов здравоохранения в компонентах крови	-	-	-	-
38	6.14.	Необоснованное направление на консультативно диагностические услуги	+	-	+	-
39	6.15.	Полипрагмазия при оказании медицинской помощи	+	+	+	+
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	30 КПН	100%	100%	25 ПН
44	8.1.	Жалобы на качество медицинской помощи	+	+	+	+
45	8.2.	Жалобы на доступность медицинской помощи	+	+	+	+

46	9.0.	Летальный исход не подлежащий оплате на уровне стационара/АПП/скорой помощи	50 КПН	-	100%	100 ПН
47	10.0	Случаи расхождения клинического и морфологического диагнозов	-	-	50%	-
48	11.0	Услуги ВТМУ и по перечню медицинских услуг, не включенные в договор	-	100%	100%	-
49	12.0	Привлечение медикаментов, медицинских изделий и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП/ОСМС	Снятие на сумму затрат, подтвержденных документально с уведомлением пациента			
50	14.0	Необоснованный отказ приемного покоя больному в госпитализации	-	-	100%	-

### Продолжение таблицы

Медико-социальная помощь			Патологоанатомическая диагностика (от стоимости услуги)	Услуги по заготовке, переработке, хранению и реализацию крови и ее компонентов, производству препаратов крови от стоимости услуги
больным с психическими и поведенческими расстройствами психическими и поведенческими расстройствам, вызванных употреблением ПАВ (кратность комплексного тарифа (КТ))	больным туберкулезом (кратность комплексного тарифа (КТ))	ВИЧ-инфицированных и (или) больным СПИД;		
10	11	12	13	14
5 КТ	1КТ	-	-	-
+	+	+	-	-
+	+	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
3 КТ	0,3КТ	3 КТ	30%	30%
+	+	+	+	-
+	+	+	+	+
+	+	+	-	-
+	+	+	-	-
3 КТ	0,5 КТ	-	100%	100%
+	+	-	+	+
+	+	+	-	-
-	-	-	-	-
+	+	+	-	-

+	+	-	-	-
2 КТ	1 КТ	-	-	-
3 КТ	3 КТ	1 КТ	300%	300%
+	+	+	-	-
+	+	+	+	+
+	+	+	-	-
-	-	-	-	-
+	+	+	-	-
3 КТ	0,3 КТ	1 КТ	-	50%
+	+	+	-	-
+	+	+	-	-
+	+	-	-	-
+	+	+	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
+	+	+	-	-
-	-	-	-	-
+	+	+	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	+
+	+	+	-	-
+	+	+	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
-	-	-	-	-
10 КТ	1КТ	1 КТ	-	-
+	+	+	-	-
+	+	+	-	-
6 КТ	1 КТ	-	-	-
3 КТ	0,5 КТ	-	-	-
-	-	-	-	-
Снятие на сумму затрат, подтвержденных документально с уведомлением от поставщика о возврате сумм пациенту				
3 КТ	0,5 КТ	-	-	-

Приложение 2  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ ҚР ДСМ-16/2020  
Приложение 5



**Перечень услуг, затраты по которым учитываются при оплате за оказанный комплекс услуг первичной медико-санитарной помощи субъектами здравоохранения городского значения и субъектами здравоохранения районного значения и села по комплексному подушевому нормативу в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи**

Комплексный подушевой норматив первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) 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), приказами Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 281 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11268), Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 июля 2015 года № 626 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11958), Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 сентября 2015 года № 761 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 12204) и Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 17 августа 2015 года № 669 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 12106):

в том числе услуги:

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:

Комплексный подушевой норматив на сельское население в рамках ГОБМП включает стационарную медицинскую помощь сельскому населению и стационарозамещающую помощь сельскому населению, за исключением случаев лечения в системе ОСМС.

## Счет-реестр

за оказание амбулаторно-поликлинической помощи

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

период: с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_

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

Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_

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

в том числе сельское население \_\_\_\_\_ человек\*

Базовый комплексный подушевой норматив ПМСП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН", в месяц \_\_\_\_\_ тенге;

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

Поправочные коэффициенты при оплате по КПН\*\*:

Половозрастной поправочный коэффициент \_\_\_\_\_;

Коэффициент плотности населения \_\_\_\_\_;

Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности;

Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона \_\_\_\_\_;

Коэффициент за работу в зонах экологического бедствия \_\_\_\_\_;

Поправочные коэффициенты при оплате по КДУ вне КПН\*\*:

Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности;

Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона \_\_\_\_\_;

Коэффициент за работу в зонах экологического бедствия \_\_\_\_\_;

Тариф для медицинских организаций, имеющих свидетельство о прохождении аккредитации по стандартам Международной объединенной комиссии (JCI, США): \_\_\_\_\_;

Поправочный коэффициент для медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги гражданам Республики Казахстан, проживающим в городе Байконур, поселках Торетам и Акай: \_\_\_\_\_.

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 ПМСП 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 первичной медико-санитарной помощи сельскому населению на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН", в месяц (село): \_\_\_ тенге\*, в том числе:

гарантированный компонент комплексного подушевого норматива ПМСП 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.

Базовый подушевой норматив на оказание неотложной помощи (далее – НП) на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН" к субъекту ПМСП \_\_\_\_\_ тенге;

Подушевой норматив на оказание неотложной помощи (далее – НП) на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН" к субъекту ПМСП \_\_\_\_\_ тенге;

Подушевой норматив на оказание ШИМ на одного школьника в месяц \_\_\_\_\_ тенге

Количество школьников \_\_\_\_\_ человек

№ 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:	
1.2.	на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки	
1.3.	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина	

1.4.	сумма на оказание неотложной медицинской помощи	
1.5.	за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний	
1.6.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:	
1.6.1.	за оказание консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя)	
1.6.2.	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	
1.6.3.	медицинское обслуживание школьников в организациях образования	
1.6.4.	услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта	
1.6.5.	услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта	
1.6.6.	дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (КТ, МРТ)	
1.6.7.	дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (ПЭТ)	
1.6.8.	услуги в травматологических пунктах	
1.6.9.	услуги в кожно-венерологических диспансерах (и/или отделениях при многопрофильных больницах)	
1.6.10	услуги в республиканских организациях здравоохранения	
1.7.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне	

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 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 оказанных услуг первичной медико-санитарной помощи по форме согласно приложению 3 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи;

4) реестр оказанных консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторной поликлинической помощи по форме согласно приложению 4 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи;

5) реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных без привлечения соисполнителя по форме согласно приложению 5 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи;

6) реестр консультативно-диагностических услуг оказанных с привлечением соисполнителя по форме согласно приложению 6 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи;

7) реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных детскому населению в возрасте от 6 до 17 лет включительно по форме согласно приложению 7 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи; 8) реестр вызовов неотложной медицинской помощи 4 категории срочности по форме согласно приложению 8 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи;

9) реестр по обеспечению лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина по форме согласно приложению 9 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.*

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			
					отказ 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 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

	Плановый показатель**	Предъявлено к оплате***

№ п/п	Индикаторы оценки деятельности	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)							
7.	Уровень госпитализации 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 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 Методики 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 26 ноября 2009 года № 801 (зарегистрирован с Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 49236;

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 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 наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

*Примечание:*

\* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в МИС;

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

Приложение 4  
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.					

	Услуги участникам, инвалидам Великой Отечественной войны и лицам, приравненным к ним, оказываемые в специализированных организациях здравоохранения			
1.1.				
1.2.				
2.	Услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта			
2.1				
2.2.				
3.	Услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта			
3.1.				
3.2.				
4.	Дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (КТ, МРТ в рамках онкоплана)			
4.1				
4.2.				
5.	Дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (ПЭТ в рамках онкоплана)			
5.1.				
5.2.				
6.	Услуги в травматологических пунктах			
6.1.				
6.2.				
7.	Услуги в кожно-венерологических диспансерах и/или отделениях при многопрофильных больницах			
7.1.				
7.2.				
8.	Услуги в республиканских организациях здравоохранения			
8.1.				
8.2.				
9.	Медицинское обслуживание школьников в организациях образования			
9.1.				
9.2.				
10.	Проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне			
10.1				
10.2				
11.	Оказание консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя)			
11.1				
11.2				

12.	Услуги по проведению скрининговых исследований на раннюю диагностику злокачественных новообразований (в разрезе видов скринингов)			
12.1	На выявление рака молочной железы			
12.2	На выявление рака шейки матки			
12.3	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 наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

*Примечание:*

*\* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в МИС.*

Приложение 5  
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					
	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 наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

*Примечание:*

\* - данные формируются на основании данных МИС;

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

Приложение 6  
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
1.	Наименование соисполнителя _____ (по договору соисполнения от № ____ )				
1.1.					
1.2.					

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 наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

*Примечание:*

\* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в МИС;

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

Приложение 7  
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 наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

*Примечание:*

\* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в МИС;

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

Приложение 8  
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)/Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика: \_\_\_\_\_

/ -----

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

*Примечание:*

\* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в МИС.

Приложение 9  
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 наличии)/(для документа на бумажном носителе) Дата " \_\_\_\_\_  
" \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Приложение 4  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ ҚР ДСМ-16/2020  
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:			
1.2	на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки			
1.3	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина			
1.4	сумма на оказание неотложной медицинской помощи			
1.5	за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний			







1.1.	Оплата труда								
	в том числе:	X	X	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	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	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	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	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	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	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	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	ПРИОБРЕТЕНИЕ ОСНОВНЫХ СРЕДСТВ								

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 наличии) (для документа на бумажном носителе)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Приложение 6  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ ҚР ДСМ-16/2020  
Приложение 12  
к Правилам оплаты услуг  
субъектов здравоохранения  
Форма

# Протокол

исполнения договора закупа услуг по оказанию  
амбулаторно-поликлиническую помощи

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

период: с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

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:						
1.2.	на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки						
1.3.	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина						
1.4.	сумма на оказание неотложной медицинской помощи						

1.5.	за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний						
1.6.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:						
1.6.1.	за оказание консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя)						
1.6.2.	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						
1.6.3.	медицинское обслуживание школьников в организациях образования						
1.6.4.	услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта						
1.6.5.	услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта						
1.6.6.	дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (КТ, МРТ)						
1.6.7.	дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (ПЭТ)						
1.6.8.	услуги в травматологических пунктах						
1.6.9.	услуги в кожно-венерологических диспансерах (и/или отделениях при многопрофильных больницах)						
1.6.10	услуги в республиканских организациях здравоохранения						
1.7.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне						
2.	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 иных выплат/вычетов

№ п /п	В и д ы медицинской помощи	Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов / выплат)	Сумма выплаты, тенге	Сумма вычета, тенге
1	2	3	4	5
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: \_\_\_\_\_



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	X
в том числе за отчетный период	X	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	X

### Продолжение таблицы

Код дефекта по перечню*											
5.1.	5.2.	5.3.	5.4.	5.5.	6.1.	6.2.	6.3.	6.4.	6.5.	6.6.	6.7.
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
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)
6.8.	6.9.	6.10.	6.11.	6.12.	6.14.	6.15.	7.1.	7.2.	8.1.	8.2.	9.0.	12.0.	
26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
													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	

### Примечание:

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

Приложение 8  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ ҚР ДСМ-16/2020  
Приложение 14-1  
к Правилам оплаты услуг  
субъектов здравоохранения  
Форма

**Реестр услуг амбулаторно-поликлинической помощи, прошедших целевой мониторинг**  
**период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года**

№ п/п	ИИН	№ амбулаторной карты	Код дефекта по перечню*									
			1.1.	1.4.	2.1.	2.2.	2.3.	2.4.	3.1.	3.2.	3.4.	3.5.
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*											
5.1.	5.2.	5.3.	5.4.	5.5.	6.1.	6.2.	6.3.	6.4.	6.5.	6.6.	6.7.
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
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)
6.8.	6.9.	6.10.	6.11.	6.12.	6.14.	6.15.	7.1.	7.2.	8.1.	8.2.	9.0.	12.0.	
26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
													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	

*Примечание:*

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

Приложение 9  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ ҚР ДСМ-16/2020  
Приложение 15  
к Правилам оплаты услуг  
субъектов здравоохранения  
Форма

## Акт мониторинга качества и объема медицинских услуг амбулаторно-поликлинической помощи

№ 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.	Дефекты оформления медицинской документации		
7	3.0.	Необоснованное завышение объема оказанной медицинской помощи /услуг		
8	5.0.	Неподтвержденный случай оказания медицинской помощи (услуги)		
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		
12	9.0.	Летальный исход, не подлежащий оплате на уровне стационара/АПП /скорой помощи		
13	12.0	Привлечение медикаментов, медицинских изделий 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.	Дефекты оформления медицинской документации		
20	3.0.	Необоснованное завышение объема оказанной медицинской помощи /услуг		
21	5.0.	Неподтвержденный случай оказания медицинской помощи (услуги)		
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		
25	9.0.	Летальный исход, не подлежащий оплате на уровне стационара/АПП /скорой помощи		
26	12.0	Привлечение медикаментов, медицинских изделий и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП/ОСМС		
27	ИТОГО по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг			

Руководитель заказчика  
 л и ц о  
 (уполномоченное \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ должностное \_\_\_\_\_ Должностное  
 з а к а з ч и к а  
 \_\_\_\_\_ лицо)

\_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (Фамилия, имя,  
 отчество (при его наличии)/подпись)  
 \_\_\_\_\_  
 (для отчета на бумажном носителе) (для отчета на бумажном  
 н о с и т е л е )

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

Приложение 10  
 к приказу  
 Министра здравоохранения  
 Республики Казахстан  
 от 16 марта 2020 года  
 № ҚР ДСМ-16/2020  
 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

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_

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

Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_

Общая сумма Договора: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ тенге

Общая сумма выплаченного аванса: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ тенге

Общая сумма выплаченного аванса в декабре: \_\_\_\_\_ тенге

Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ тенге

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 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:				
1.2.	на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки				
1.3.	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина				
1.4.	сумма на оказание неотложной медицинской помощи				
1.5.	за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний				
1.6.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:				
1.6.1.	за оказание консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя)				





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. Сумма иных выплат/вычетов**

№ п/п	Основание	Сумма выплаты, тенге	Сумма вычета, тенге
1	2	3	4
1.			
2.			
	Итого		

Всего принято к оплате: \_\_\_\_\_ тенге, в том числе:

1. удержанная сумма: \_\_\_\_\_ тенге, из них:

1.1 по результатам мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_ тенге;

1.2 по услугам вне договора \_\_\_\_\_ тенге;

2. сумма снятая: \_\_\_\_\_ тенге / принятая: \_\_\_\_\_ тенге, из них:

2.1 выплаты: \_\_\_\_\_ тенге,

2.2 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)	Поставщик: _____ (наименование поставщика)
Адрес: _____	Адрес: _____
БИН: _____	БИН: _____
ИИК: _____	ИИК: _____
БИК: _____	БИК: _____
_____ (наименование бенефициара)	Наименование банка: _____
КБЕ: _____	КБЕ: _____
Руководитель: _____	Руководитель: _____
_____/_____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) /	_____/_____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) /

п о д п и с ь ) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) /подпись  
(для акта на бумажном носителе) )  
Место печати (при наличии) (для акта на бумажном носителе)  
(для акта на бумажном носителе) Место печати (при наличии)  
(для акта на бумажном носителе)

Приложение 11  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ ҚР ДСМ-16/2020  
Приложение 22  
к Правилам оплаты услуг  
субъектов здравоохранения  
Форма

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

- Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 жителя);
- Услуги участникам, инвалидам Великой Отечественной войны и лицам, приравненным к ним, оказываемые в специализированных организациях здравоохранения;
- Медицинское обслуживание школьников в организациях образования;
- Услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта;
- Услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта;
- Дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (КТ, МРТ);
- Дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (ПЭТ);
- ;
- Услуги в травматологических пунктах;
- Услуги в кожно-венерологических диспансерах и/или отделениях при многопрофильных больницах;
- Услуги в республиканских организациях здравоохранения.

Приложение 12  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан

**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	1. 4.	2. 1.	2. 2.	2. 4.	3. 1.	3. 2.	3. 4.	3. 5.	5. 2.	6. 1.	6. 2.	6. 3.	6. 4.			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
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	X	X	X	X		
в том числе за отчетный период					X	X	X	X	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	X	X	X	X		

**Продолжение таблицы**

Код по перечню*								Подлежит к снятию (сумма в тенге)
6.5.	6.10.	6.15.	7.1.	8.1.	8.2.	11.0.	12.0	
19	20	21	22	23	24	25	26	27
								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.

**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	1. 4.	2. 1.	2. 2.	2. 4.	3. 1.	3. 2.	3. 4.	3. 5.	5. 2.	6. 1.	6. 2.	6. 3.	6. 4.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
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	X	X	X	
в том числе за отчетный период					X	X	X	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	X	X	X	

**Продолжение таблицы**

Код по перечню*								Подлежит к снятию (сумма в тенге)
6.5.	6.10.	6.15.	7.1.	8.1.	8.2.	11.0.	12.0	
19	20	21	22	23	24	25	26	27
								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.

**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.	1.0	Необоснованная госпитализация		
6.	2.0.	Дефекты оформления медицинской документации		
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.	11.0.	Услуги ВТМУ и по перечню медицинских услуг, не включенные в договор		

13	12.0	Привлечение медикаментов, медицинских изделий 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	1.0	Необоснованная госпитализация		
19	2.0.	Дефекты оформления медицинской документации		
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	11.0.	Услуги ВТМУ и по перечню медицинских услуг, не включенные в договор		
26	12.0.	Привлечение медикаментов, медицинских изделий 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 наличии)/ (для отчета на бумажном носителе)  
 " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Приложение 15  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ ҚР ДСМ-16/2020  
Приложение 26  
к Правилам оплаты услуг  
субъектов здравоохранения  
Форма

**Счет-реестр за оказание специализированной медицинской помощи и высокотехнологичных медицинских услуг**

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

период: с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

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 с применением ВТМУ:						
	Услуги больным со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани по						

1.1.3	перечню злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей и болезней крови, кроветворных органов						
1.1.4	Восстановительное лечение и медицинская реабилитация						
1.1.5	Медицинская помощь инфекционным больным						
1.1.6	Медицинская помощь онкологическим больным						
1.2.	в с е г о стационарозамещающая помощь, в том числе:						
1.2.1	Дневной стационар по профилю:						
1.2.2	услуги с применением ВТМУ:						
1.2.3	Услуги больным со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани по перечню злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей и болезней крови, кроветворных органов						
1.2.4	Восстановительное лечение и медицинская реабилитация						
1.2.5	Медицинская помощь инфекционным больным						
1.2.6	Медицинская помощь онкологическим больным						
1.2.7	Стационар на дому						

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

			К о д диагноза		Количество пролеченных	
--	--	--	-------------------	--	---------------------------	--



№ п /п	Наименование	Номер группы	/ операции	Коэффициент затратоемкости по КЗГ	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 ВТМУ:					
1.1.3.	услуги больным со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани по перечню злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей и болезней крови, кроветворных органов					
1.1.4.	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 с применением ВТМУ:					
1.2.3.	Услуги больным со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани по перечню злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей и болезней крови, кроветворных органов					

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

Примечание: \* - В случае если, поставщик оказывает несколько видов медицинской помощи, оплачиваемой по тарифу за один пролеченный случай по расчетной средней стоимости, тогда Таблица № 3 формируется отдельно для каждого вида помощи.

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 пролеченных случаев	Количество койко-дней	Предъявлено к оплате, тенге
1	2	3	4	5
1.				
2.				
	Итого			

Примечание: \* - В случае если, поставщик оказывает несколько видов медицинской помощи, оплачиваемой по тарифу за один койко-день, тогда Таблица № 4 формируется отдельно для каждого вида помощи.

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, предъявленной к оплате по фактическим затратам за оказание медицинской помощи с привлечением зарубежных специалистов (в рамках мастер-класса)

№ п /п	Наименование услуги, оказанной с привлечением зарубежных специалистов в рамках мастер-класса	Количество пролеченных случаев	Предъявлено к оплате, тенге
1	2	3	4
1.			
2.			
3.			

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 наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Приложение 16

к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 16 марта 2020 года

№ ҚР ДСМ-16/2020

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)

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_

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

Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_

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

№ п/ п	Наименование	Предъявлено п о счету-реестру	Плановая сумма с нарастающим итогом	Применение линейной шкалы			
				Превышение плановой суммы договора		Применение расчета поправочных коэффициентов = 1,0 за превышение плановой суммы договора	
				Сумма	%	Сумма к удержанию	Сумма после применения расчета поправочных коэффициентов
1	2	3	4	5	6	7	8
1.1	Сумма с применением ЛШ						
1.1							
1.2							
2.	Сумма без применения ЛШ*						
2.1							
2.2							
	Итого						

Продолжение таблицы

Применение линейной шкалы	
---------------------------	--







8.	ИТОГО по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг									
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Продолжение таблицы

Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично							
Количество случаев				Сумма, тенге			
СМП	В Т М У КС	СЗТ	В Т М У ДС	СМП	В Т М У КС	СЗТ	В Т М У ДС
11	12	13	14	15	16	17	18
X	X	X	X	X	X	X	X
X	X	X	X	X	X	X	X

### Продолжение таблицы

Принято к оплате							
Количество случаев				Сумма, тенге			
СМП	В Т М У КС	СЗТ	В Т М У ДС	СМП	В Т М У КС	СЗТ	В Т М У ДС
19	20	21	22	23	24	25	26
X	X	X	X	X	X	X	X







11.5.	V. Сумма удержания за превышение плановой суммы договора с применением линейной шкалы																	
6.	VI. Сумма удержания за отчетный и прошедшие периоды по неподтвержденным фактам оказания медицинской помощи																	
12.6.1.	за отчетный период																	
13.6.2.	за прошедший период																	
7.	ИТОГО по результатам мониторинга и контроля																	

Примечание: \* - В случае если, поставщик оказывает несколько видов медицинской помощи, оплачиваемой по тарифу за один койко-день, тогда Таблица № 5 формируется отдельно для каждого вида помощи.

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

		Предъявлено к оплате	Снято	Принято к оплате
--	--	----------------------	-------	------------------

№ п/п	Наименование	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 иных выплат/вычетов

№ п/п	Виды медицинской помощи	Назначение (причины, выбранные из справочника при внесении Иных вычетов / выплат)	Основание	Выплаты, сумма тенге	Вычеты, сумма тенге
1	2	3	4	5	6
1.					
2.					
3.					
		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)

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

-----

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

(для протокола на бумажном носителе)

О з н а к о м л е н

(уполномоченное должностное лицо поставщика): \_\_\_\_\_

----- / -----

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

## **Расчет суммы оплаты поставщику за оказанную стационарную и стационарозамещающую помощь, с применением Линейной шкалы**

1. Расчет суммы оплаты поставщику за оказанную стационарную и стационарозамещающую помощь по каждому виду медицинской помощи, с применением Линейной шкалы (далее - сумма оплаты) осуществляется в автоматизированном режиме в ИС "СУКМУ", без учета результатов мониторинга качества и объема, в следующей последовательности:

- 1) исчисление суммы превышения по каждому виду медицинской помощи;
- 2) определение процента превышения исчисленной суммы превышения к плановой сумме по каждому виду медицинской помощи;
- 3) определение процента возмещения по каждому виду медицинской помощи ;
- 4) корректировка суммы превышения по каждому виду медицинской помощи ;
- 5) исчисление суммы оплаты по каждому виду медицинской помощи.

2. Сумма превышения исчисляется как разница между суммой, предъявленной по счету-реестру за оказанные медицинские услуги в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи по каждому виду медицинской помощи (далее - предъявленная сумма), от месячной суммы, предусмотренной договором закупок услуг (далее - плановая сумма).

При этом:

- 1) предъявленная сумма исчисляется путем последовательного суммирования стоимости пролеченных случаев по дате регистрации их подтверждения в ИС "ЭРСБ";
- 2) образование суммы превышения признается с момента регистрации подтверждения в ИС "ЭРСБ" пролеченного случая, стоимость которого привела к превышению плановой суммы;
- 3) с момента образования суммы превышения, исчисление стоимости пролеченных случаев осуществляется с применением поправочного коэффициента равного 1,0;
- 4) в случае, если сумма, образовавшаяся в момент превышения плановой суммы, составляет 51% и более от стоимости пролеченного случая, с которого

начинается превышение плановой суммы, то стоимость данного пролеченного случая формируется с применением поправочного коэффициента равного 1,0.

3. Определение процента превышения исчисленной суммы превышения к плановой сумме осуществляется по следующей формуле:

$\% \text{превыш} = \text{Спревыш} / \text{Сплан.} \times 100 + 100$ , где

%превыш - процента превышения;

Спревыш - сумма превышения;

Сплан. - плановая сумма.

4. Определение процента возмещения осуществляется в соответствии с интервалом согласно следующей таблице:

№ интервала (i)	Процент превышения (%превыш)	Процент возмещения (%возм.i)
1	от 100 % до 105 %	50 %
2	свыше 105 %	0 %

5. Корректировка суммы превышения осуществляется по каждому виду медицинской помощи в следующей порядке:

1) в случае, если процент превышения составляет 105% и ниже, то скорректированная сумма превышения рассчитывается путем умножения суммы превышения на 50%;

2) в случае, если сумма превышения выше 105%, то скорректированная сумма превышения исчисляется путем суммирования:

суммы превышения до 105% умноженной на 50%;

суммы превышения свыше 105%, умноженной на 0%.

5. Исчисление суммы оплаты осуществляется путем суммирования плановой суммы и скорректированной суммы превышения по каждому виду помощи.

Приложение 18  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ ҚР ДСМ-16/2020  
Приложение 37  
к Правилам оплаты услуг  
субъектов здравоохранения  
Форма

**Реестр случаев госпитализаций, прошедших текущий мониторинг\***  
период с " \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по " \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(Наименование поставщика)

					Основной заключительный диагноз	Основная операция	

№ п /п	ИИН	№ медицинской карты	Д а т а госпитализации	Дата выписки	Код МК Б-10	Наименование	Код	Наименование	№ КЗГ
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.	1.2.	1.3.	1.4.	2.1.	2.2.	2.4.	3.1.	3.2.	3.3.	4.0.	5.1.	5.2.	5.3.	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**								Код по перечню**							

6.3.	6.4.	6.8.	6.10.	6.14.	6.15.	8.1.	8.2.	9.0.	10.0.	11.0.	12.0.	13.0.
27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
Случаи СМП						Случаи СМП						
Случаи ВТМУ КС						Случаи ВТМУ КС						
Случаи СЗТ						Случаи СЗТ						
Случаи ВТМУ ДС:						Случаи ВТМУ ДС:						

**Продолжение таблицы**

Количество случаев					Предъявленная сумма	Сумма к снятию (в тенге)
Всего	Подлежит оплате	не подлежит оплате	подлежит оплате частично	оплате		
40	41	42	43	44	45	
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







Случаи ВТМУ КС				Случаи ВТМУ КС			
Случаи СЗТ				Случаи СЗТ			
Случаи ВТМУ ДС:				Случаи ВТМУ ДС:			

**Продолжение таблицы**

Количество случаев				Предъявленная сумма	Сумма к снятию (в тенге)
Всего	Подлежит оплате	не подлежит оплате	подлежит оплате частично		
40	41	42	43	44	45
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 "х" маркируются если отсутствует дефект или нет информации, в строке "итого" 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 20  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ ҚР ДСМ-16/2020  
Приложение 43  
к Правилам оплаты услуг  
субъектов здравоохранения  
Форма

## **Акт мониторинга качества и объема медицинских услуг стационарной и стационарозамещающей помощи**

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
период с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

---

**(Наименование заказчика)**

---

**(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\*











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

Приложение 21  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ КР ДСМ-16/2020  
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

Источник финансирования: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Наименование поставщика \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Наименование подпрограммы: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Общая сумма Договора: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ тенге

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

Общая сумма выплаченного аванса в декабре: \_\_\_\_\_ тенге

Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ тенге

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 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 с применением ВТМУ:				
1.1.3.	услуги больным со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани по перечню злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей и болезней крови, кроветворных органов				
1.1.4.	Восстановительное лечение и медицинская реабилитация				
1.1.5.	Медицинская помощь инфекционным больным				
1.1.6.	Медицинская помощь онкологическим больным				
1.2.	всего стационарозамещающая помощь, в том числе:				
1.2.1.	дневной стационар по профилю:				
1.2.2.	услуги с применением ВТМУ:				
1.2.3.	Услуги больным со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани по перечню злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей и болезней крови, кроветворных органов				
1.2.4.	Восстановительное лечение и медицинская реабилитация				
1.2.5.	Медицинская помощь инфекционным больным				
1.2.6.	Медицинская помощь онкологическим больным				

1.2.7	Стационар на дому:				
-------	--------------------	--	--	--	--

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	за обеспечение комплекта по уходу за младенцем (аптечка новорожденного)				
1.1.3	услуги 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	Восстановительное лечение и медицинская реабилитация				
1.1.6	Медицинская помощь инфекционным больным				
1.2.	всего стационарзамещающая помощь, в том числе:				
1.2.1	дневной стационар по профилю:				
1.2.2	услуги с применением ВТМУ:				
1.2.3	услуги больным со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани по перечню злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей и болезней крови, кроветворных органов				
1.2.4	Восстановительное лечение и медицинская реабилитация				
1.2.5	Медицинская помощь инфекционным больным				



1.2	Стационарзамещающая медицинская помощь						
-----	--	--	--	--	--	--	--

Примечание: \* - В случае если, поставщик оказывает несколько видов медицинской помощи, оплачиваемой по тарифу за один койко-день, тогда Таблица № 4 формируется отдельно для каждого вида помощи.

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. Сумма, принятая к оплате по фактическим затратам за оказание медицинской помощи с привлечением зарубежных специалистов (в рамках мастер-класса)

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате по счету-реестру		Принято к оплате с учетом мониторинга и экспертизы	
		Количество случаев	Сумма, тенге	Количество случаев	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6
1.					
2.					
3.					

Таблица №9. Расчет суммы иных выплат/вычетов

№ п/п	Виды медицинской помощи	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 принято к оплате: \_\_\_\_\_ тенге, в том числе:

1. удержанная сумма: \_\_\_\_\_ тенге, из них:

1.1. по результатам мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_ тенге;

1.2. за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом, не прошедшие мониторинг качества и объема: \_\_\_\_\_ тенге;

1.3. за пролеченные случаи текущего периода, оказанные вне условий Договора, не прошедшие мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_ тенге;

1.4. по линейной шкале за превышение плановой суммы договора: \_\_\_\_\_ тенге;

2. принятая сумма: \_\_\_\_\_ тенге, из них:

2.1. за пролеченные случаи прошедшего периода с непредотвратимым летальным исходом, прошедшие мониторинг качества и объема в отчетном периоде: \_\_\_\_\_ тенге;

2.2. за пролеченные случаи прошедшего периода, оказанные вне условий Договора, прошедшие мониторинг качества и объема: \_\_\_\_\_ тенге;

3. сумма снятая: \_\_\_\_\_ тенге / принятая: \_\_\_\_\_ тенге, из них:

3.1. выплаты: \_\_\_\_\_ тенге,

3.2. 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)	Поставщик: _____ (наименование поставщика)
Адрес: _____	Адрес: _____
БИН: _____	БИН: _____
ИИК: _____	ИИК: _____
БИК: _____	БИК: _____
_____	Наименование банка: _____
(наименование бенефициара)	_____
КБЕ: _____	_____
Руководитель: _____	КБЕ: _____
_____ / _____	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 наличии)	Место печати (при наличии)

(для акта на бумажном носителе)

Место печати (при наличии)  
(для акта на бумажном носителе)

Приложение 22  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ ҚР ДСМ-16/2020  
Приложение 51  
к Правилам оплаты услуг  
субъектов здравоохранения  
Форма

**Счет-реестр за оказание скорой медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом**

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года  
период: с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года  
по Договору № \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_

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

Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_

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

Половозрастной поправочный коэффициент \_\_\_\_\_;

Коэффициент плотности населения \_\_\_\_\_;

Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности;

Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона \_\_\_\_\_;

Поправочный коэффициент \_\_\_\_\_;

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

Подушевой норматив на СП на одного жителя для субъекта здравоохранения, оказывающего СП, в месяц: \_\_\_\_\_ тенге;

Таблица № 1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание скорой медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате (тенге)
1	2	3
1.	Скорая медицинская помощь	





1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Всего применено тромболитических препаратов, в том числе:							
1.								
2.								

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 наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Приложение 2  
к счету-реестру за оказание  
скорой медицинской помощи  
и медицинской помощи,  
связанной с транспортировкой  
квалифицированных специалистов  
и (или) больного санитарным  
транспортом  
Форма

**Реестр по оказанию медицинской помощи, связанной с транспортировкой  
квалифицированных специалистов и (или) больного  
санитарным транспортом помощи**

**период: с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года**

№	ИИН пациента	Наименование диагноза	Количество вызовов	Длительность вызова
1	2	3		
1				
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 наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Приложение 23  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ ҚР ДСМ-16/2020  
Приложение 52  
к Правилам оплаты услуг  
субъектов здравоохранения  
Форма

## Протокол

**исполнения договора закупа услуг по оказанию скорой медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом**

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

период: с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_

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

Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_

Таблица № 1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание скорой медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом

№ п /п	Наименование	Предъявлено к оплате (тенге)	Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично	Принято к оплате
1	2	3		
1.	Скорая медицинская помощь			

2.	Проведение тромболитической терапии		
----	---	--	--

Таблица № 2. Сумма иных выплат/вычетов

№ п/п	Основание	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)

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

— — —

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

(для протокола на бумажном носителе)

О з н а к о м л е н

(уполномоченное должностное лицо поставщика): \_\_\_\_\_

-----

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

(для протокола на бумажном носителе)

Место печати (при наличии)/(для протокола на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

**Реестр услуг скорой медицинской помощи и 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	Категория и повод вызова		Код дефекта по перечню*										
			Категория	Повод вызова	1.0.	2.1.	2.2.	2.4.	5.1.	5.2.	5.3.	6.1.	6.2.	6.3.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
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	X	X	X	X
в том числе за отчетный период					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
в том числе за прошедшие периоды					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

**Продолжение таблицы**

Код дефекта по перечню*											Подлежит снятию (сумма в тенге)
6.4.	6.8.	6.10.	6.11.	6.12.	6.15.	7.2.	8.1.	8.2.	9.0.	12.0	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
											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.

**Реестр услуг скорой медицинской помощи и 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	Категория и повод вызова		Код дефекта по перечню*										
			Категория	Повод вызова	1.0.	2.1.	2.2.	2.4.	5.1.	5.2.	5.3.	6.1.	6.2.	6.3.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
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	X	X	X	X
в том числе за отчетный период					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
в том числе за прошедшие периоды					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

**Продолжение таблицы**

Код дефекта по перечню*											Подлежит снятию (сумма в тенге)
6.4.	6.8.	6.10.	6.11.	6.12.	6.15.	7.2.	8.1.	8.2.	9.0.	12.0	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
											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.

**Акт мониторинга качества и объема медицинских услуг скорой  
медицинской помощи и услуг, связанных с транспортировкой  
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	
			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.	Дефекты оформления медицинской документации		
7.	5.0.	Неподтвержденный случай оказания медицинской помощи (услуги)		
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		
11.	9.0.	Летальный исход, не подлежащий оплате на уровне стационара/АПП/ скорой помощи		
12.	12.0.	Привлечение медикаментов, медицинских изделий и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП/ ОСМС		
13.	II.	Реестр услуг скорой медицинской помощи, прошедших целевой мониторинг		
14.		в том числе за отчетный период		
15.		в том числе за предыдущие периоды		

16.	всего дефектов, из них по видам:			
17.	1.0.	Необоснованная госпитализация		
18.	2.0.	Дефекты оформления медицинской документации		
19.	5.0.	Неподтвержденный случай оказания медицинской помощи (услуги)		
20.	6.0.	Необоснованное отклонение лечебно-диагностических мероприятий, оказания услуг от стандартов, правил в области здравоохранения/клинических протоколов		
21.	7.0.	Длительность ожидания медицинских услуг		
22.	8.0.	Обоснованные жалобы		
23.	9.0.	Летальный исход, не подлежащий оплате на уровне стационара/АПП/скорой помощи		
24.	12.0.	Привлечение медикаментов, медицинских изделий и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП/ОСМС		
25.	ИТОГО по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг			

Руководитель заказчика  
**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 бумажном носителе)  
Место печати (при наличии)/  
(для отчета на бумажном носителе)  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Приложение 27  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ ҚР ДСМ-16/2020  
Приложение 57  
к Правилам оплаты услуг  
субъектов здравоохранения  
Форма

**Информация о структуре расходов  
при оказании скорой медицинской помощи  
период с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года**







2.3	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	X	X	X
a)	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	X	X	X
a)	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	X	X	X
a)	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	ПРИОБРЕТЕНИЕ ОСНОВНЫХ СРЕДСТВ								

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 наличии) (для документа на бумажном носителе)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Акт оказанных услуг  
скорой медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с  
транспортировкой квалифицированных специалистов и  
(или) больного санитарным транспортом**

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года  
период с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год  
по Договору № \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

—  
Наименование поставщика: \_\_\_\_\_

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

Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_

Общая сумма по Договору \_\_\_\_\_  
тенге

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

Общая сумма выплаченного аванса в декабре: \_\_\_\_\_ тенге

Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ тенге

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ тенге

Таблица № 1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание скорой  
медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с транспортировкой  
квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом

№ п/п	Наименование работ (услуг)	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4
1.	Скорая медицинская помощь		
2.	Проведение тромболитической терапии		

Таблица № 2. Сумма иных выплат/вычетов

№ п/п	Основание	Сумма выплаты, тенге	Сумма вычета, тенге
1	2	3	4

3.			
4.			
	Итого		

Всего принято к оплате: \_\_\_\_\_ тенге

1. удержанная сумма: \_\_\_\_\_ тенге, из них:

1.1. по результатам мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_ тенге;

2. сумма снятая: \_\_\_\_\_ тенге / принятая: \_\_\_\_\_ тенге, из них:

2.1. выплаты: \_\_\_\_\_ тенге,

2.2. 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)	:	_____	Поставщик: (наименование поставщика)	_____
Адрес:	_____	Адрес:	_____	
БИН:	_____	БИН:	_____	
ИИК:	_____	ИИК:	_____	
БИК:	_____	БИК:	_____	
			Наименование	банка: _____
(наименование		бенефициара)	_____	
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 наличии)			Место печати (при его наличии)	
(для акта на бумажном носителе)			(для акта на бумажном носителе)	

Приложение 29  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ ҚР ДСМ-16/2020

Приложение 65  
к Правилам оплаты услуг  
субъектов здравоохранения  
Форма

## Счет-реестр

за оказание медицинской помощи сельскому населению

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

период: с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_

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

Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_

Количество прикрепленного сельского населения \_\_\_\_\_

\_человек;

Базовый комплексный подушевой норматив ПМСП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "Регистр прикрепленного населения", в месяц \_\_\_\_\_ тенге;

Поправочные коэффициенты при оплате по КПН\*\*:

Половозрастной поправочный коэффициент \_\_\_\_\_;

Коэффициент плотности населения \_\_\_\_\_;

Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности;

Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона \_\_\_\_\_;

Коэффициент за работу в зонах экологического бедствия \_\_\_\_\_;

Поправочные коэффициенты при оплате по КДУ вне КПН\*\*:

Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности;

Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона \_\_\_\_\_;

Коэффициент за работу в зонах экологического бедствия \_\_\_\_\_;

Тариф для медицинских организаций, имеющих свидетельство о прохождении аккредитации по стандартам Международной объединенной комиссии (JCI, США) \_\_\_\_\_;

Поправочный коэффициент для медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги гражданам Республики Казахстан, проживающим в городе Байконур, поселках Торетам и Акай \_\_\_\_\_.

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.

Подушевой норматив на оказание ШМ на одного школьника в месяц \_\_\_\_\_ тенге

Количество школьников \_\_\_\_\_ человек;

№ 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	
1.1.2	за оказание амбулаторно-поликлинической помощи:	
1.2	на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки	
1.3.	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина	
1.4.	сумма на оказание неотложной медицинской помощи	
1.5.	за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний	
1.6.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе :	
1.6.1	за оказание консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя)	
1.6.2	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	
1.6.3	медицинское обслуживание школьников в организациях образования	
1.6.4	услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта	
1.6.5	услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта	
1.6.6	услуги в травматологических пунктах	
1.6.7	услуги в кожно-венерологических диспансерах (и/или отделениях при многопрофильных больницах)	
1.7.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне	

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 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 оказанных услуг первичной медико-санитарной помощи по форме согласно приложению 3 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

4) реестр оказанных клинико-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторной поликлинической помощи по форме согласно приложению 4 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

5) реестр клинико-диагностических услуг, оказанных без привлечения соисполнителя по форме согласно приложению 5 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

6) реестр клинико-диагностических услуг оказанных с привлечением соисполнителя по форме согласно приложению 6 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

7) реестр клинико-диагностических услуг, оказанных детскому населению в возрасте от 6 до 17 лет включительно по форме согласно приложению 7 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

8) реестр вызовов неотложной медицинской помощи 4 категории срочности по форме согласно приложению 8 к счету-реестру за оказание медицинской помощи сельскому населению;

9) реестр по обеспечению лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина по форме согласно



приложению 9 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

10) персонифицированный реестр выписанных больных, которым оказана стационарная и стационарозамещающая помощь по форме согласно приложению 10 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

11) реестр оказанных клинико-диагностических услуг с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга по форме согласно приложению 11 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению.

*Примечание: - указываются поправочные коэффициенты, применительные к конкретному субъекту здравоохранения.*

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 отказ по свободному выбору	смерть		выезд
1	2	3	4	5	6	7	8	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 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 портала "Регистр прикрепленного населения" и не влияют на оплату за отчетный период.*

**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 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 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 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 наличии)/(для документа на бумажном носителе) Дата " \_\_\_\_\_  
" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

*Примечание:*

\* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в МИС;

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

Приложение 4  
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.		Услуги участникам, инвалидам Великой Отечественной войны и лицам, приравненным к ним, оказываемые в специализированных организациях здравоохранения			
1.1.					
1.2.					
2.		Услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта			
2.1					
2.2.					
3.		Услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта			
3.1.					
3.2.					
5.		Услуги в травматологических пунктах			
5.1.					

5.2.				
6.	Услуги в кожно-венерологических диспансерах и/или отделениях при многопрофильных больницах			
6.1.				
6.2.				
7.	Медицинское обслуживание школьников в организациях образования			
7.1.				
7.2.				
8.	Проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне			
8.1				
8.2				
9.	Оказание консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя)			
9.1.				
9.2.				
10.	Услуги по проведению скрининговых исследований на раннюю диагностику злокачественных новообразований (в разрезе видов скринингов)			
10.1	На выявление рака молочной железы			
10.2	На выявление рака шейки матки			
10.3	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 наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Примечание:**

\* - данные формируются на основании введенных данных, внесенных поставщиком в МИС.

**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
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 наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

*Примечание:*

\* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в МИС;

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

**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
1.	Наименование соисполнителя _____ (по договору соисполнения от №___)				
1.1.					
1.2.					

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 наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

*Примечание:*

\* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в МИС;

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

Приложение 7  
 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 наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

*Примечание:*

\* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в МИС;

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

Приложение 8  
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 наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

*Примечание:*

\* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в МИС.

Приложение 9  
к счету-реестру за оказание медицинской



1	2	3	4	5	6	7	8	9	12
1.	Всего случаев по специализированной медицинской помощи _____, в том числе:								
1.1	итога стационарная помощь _____, в том числе:								
1.2	итога стационаророзамещающая помощь _____, в том числе:								
1.3	итога стационар на дому _____, в том числе:								

Всего случаев по специализированной медицинской помощи \_\_\_\_\_, в том числе:

№ п/п	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз Код МКБ-10	Основная операция Наименование	Исход лечения		
							Код МКБ-10	Наименование	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	12
1.	Всего случаев по специализированной медицинской помощи _____, в том числе:								
1.1	итога стационарная помощь _____, в том числе:								
1.2	итога стационаророзамещающая помощь _____, в том числе:								
1.3	итога стационар на дому _____, 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 наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Примечание:**

\* - данные формируются на основе данных, введенных поставщиком в ИС "ЭРСБ".

к приказу  
 Министра здравоохранения  
 Республики Казахстан  
 от 16 марта 2020 года  
 № ҚР ДСМ-16/2020  
 Приложение 66  
 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		
		за счет 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.	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:			
1.2	на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки			
1.3.	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина			
1.4.	сумма на оказание неотложной медицинской помощи			
1.5.	за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний			
1.6.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи			
1.7	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне			
1.8.	Другие услуги (указать)			



0А	Отклонение фактических расходов от кассовых за прошлый год, тыс.тенге	X	X	X	X	X	X	X	
0Б	Остаток средств на расчетном счету							X	
0В	Поступление средств, всего:		X					X	
	в том числе:	X	X	X	X	X	X	X	X
1.	Оказание медицинской помощи:		X					X	
1.1.	Оказание специализированной медицинской помощи								
1.2.	за оказание амбулаторно-поликлинической помощи:								
1.3.	на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки								
1.4.	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина								
1.5.	сумма на оказание неотложной медицинской помощи								
1.6.	за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний								
1.7.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи								
1.8.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне								
2	Оказание медицинской помощи по договору соисполнителя		X					X	
0Г	Всего расходов								
	в том числе:	X	X	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	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	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	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	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	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	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	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	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								

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 наличии) (для документа на бумажном носителе)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Приложение 32  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ КР ДСМ-16/2020  
Приложение 72  
к Правилам оплаты услуг  
субъектов здравоохранения  
Форма

## Протокол

**исполнения договора закупа услуг по оказанию медицинской помощи**

**сельскому населению**

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

период: с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

— 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						
1.1.2	за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению:						
1.2	на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки						
1.3.	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина						
1.4.	сумма на оказание неотложной медицинской помощи						

1.5.	за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний						
1.6.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:						
1.6.1	за оказание консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя)						
1.6.2	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						
1.6.3	медицинское обслуживание школьников в организациях образования						
1.6.4	услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта						
1.6.5	услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта						
1.6.6	услуги в травматологических пунктах						
1.6.7	услуги в кожно-венерологических диспансерах (и/или отделениях при многопрофильных больницах)						
1.7.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне						

**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.	Сумма удержания за неподтвержденные факты оказания медицинской помощи (услуги)				
3.1.	за отчетный период				
3.2.	за прошедший период				
4.	Реестр услуг скорой медицинской помощи, прошедших текущий мониторинг				
4.1.	за отчетный период				
4.2.	за прошедший период				
5.	Реестр услуг скорой медицинской помощи, прошедших целевой мониторинг				
5.1.	за отчетный период				
5.2.	за прошедший период				
6.	Сумма удержания за неподтвержденные факты оказания скорой медицинской помощи (услуги)				
6.1.	за отчетный период				
6.2.	за прошедший период				
7.	Реестр случаев госпитализаций, прошедших текущий мониторинг				
7.1.	за отчетный период				
7.2.	за прошедший период				
8.	Реестр случаев госпитализаций, прошедших целевой мониторинг				
8.1.	за отчетный период				
8.2.	за прошедший период				
9.	Сумма за отчетный и прошедший периоды по случаям с летальным исходом				
9.1.	за отчетный период				
9.2.	за прошедший период				
10.	Сумма удержания за неподтвержденные факты оказания медицинской помощи (услуги)				
10.1.	за отчетный период				
10.2.	за прошедший период				
11.	Итого по результатам мониторинга качества и объема медицинской помощи				

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

		Предъявлено к оплате				Принято к оплате

№ п/п	Индикаторы конечного результата	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. 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 предъявлено к оплате \_\_\_\_\_ тенге;

Всего принято к оплате \_\_\_\_\_ тенге.

Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо):

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

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Должностные лица заказчика: (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 протокола на бумажном носителе)  
Место печати (при наличии)/( для документа  
на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Приложение 33  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ КР ДСМ-16/2020  
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

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

Наименование поставщика : \_\_\_\_\_

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

Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_

Общая сумма Договора: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ тенге

Общая сумма выплаченного аванса: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ тенге

Общая сумма выплаченного аванса в декабре: \_\_\_\_\_ тенге

Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ тенге

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 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				
1.1.2	за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению:				
1.2	на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки				
1.3.	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина				
1.4.	сумма на оказание неотложной медицинской помощи				
1.5.	за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний				
1.6.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:				
1.6.1	за оказание консультативно-диагностических услуг ( комплекс КДУ на 1 жителя)				
	услуги участникам, инвалидам Великой Отечественной войны и лицам, приравненным к ним, оказываемые в				



1.6.2	специализированных организациях здравоохранения или организациях здравоохранения, определенных местными органами государственного управления здравоохранением				
1.6.3	медицинское обслуживание школьников в организациях образования				
1.6.4	услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта				
1.6.5	услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта				
1.6.6	услуги в травматологических пунктах				
1.6.7	услуги в кожно-венерологических диспансерах (и/или отделениях при многопрофильных больницах)				
1.7.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне				

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. 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:

1. удержанная сумма: \_\_\_\_\_ тенге, из них:

1.1. по результатам мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_ тенге;

1.2. услуги вне Договора \_\_\_\_\_ тенге;

1.3. за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом, не прошедшие мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_ тенге;

1.4. за пролеченные случаи прошедшего периода с непредотвратимым летальным исходом, прошедшие мониторинга качества и объема в отчетном периоде: \_\_\_\_\_ тенге;

2. сумма снятая: \_\_\_\_\_ тенге / принятая: \_\_\_\_\_ тенге, из них:

2.1. выплаты: \_\_\_\_\_ тенге,

2.2 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)	Поставщик: _____ (наименование поставщика)
Адрес: _____	Адрес: _____
БИН: _____	БИН: _____
ИИК: _____	ИИК: _____
БИК: _____	БИК: _____
_____ бенефициара)	Наименование банка: _____
КБЕ: _____	_____
Руководитель: _____	КБЕ: _____
_____ / _____	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 наличии) Место печати (при наличии)  
(для акта на бумажном носителе) (для акта на бумажном носителе)

Приложение 34  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ ҚР ДСМ-16/2020  
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

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

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	
1.2.3	по клинико-затратным группам за оказание медицинской помощи онкологическим больным при реализации их права на свободный выбор	
1.2.4	оказание паллиативной помощи мобильными бригадами онкологическим больным IV клинической группы с отягощающей сопутствующей патологией, не позволяющей проводить специфическое лечение	
1.2.5	проведение международных телеконсультаций биообразцов опухолей через систему телепатологии	

1.2.6	проведение молекулярно-генетической и молекулярно-биологической диагностики	
1.2.7	услуги перезарядки и сервисного обслуживания	

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

№ п/п	Наименование	Количество онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ на начало отчетного периода	Количество онкологических больных взятых на учет		Количество онкологических больных снятых с учета		Количество онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода	Средне-списочная 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
	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			Все пред к ои тенг
		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:						
1.2	при оказании стационарной медицинской помощи						
1.3	при оказании стационарозамещающей медицинской помощи						

Таблица № 4. Расчет суммы, предъявленной к оплате по клинико-затратным группам 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	Код диагноза / операции	Коэффициент затратоемкости по КЗГ	Количество пролеченных больных	Количество базовых тарифов (ставок)	Предъявлено к оплате, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе:						
1.1	всего стационарная помощь						
1.2	всего стационарозамещающая помощь						

Таблица № 5. 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			

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 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;

7) реестр консультативно-диагностических услуг вне комплексного тарифа на одного онкологического больного за оказание медицинской помощи онкологическим больным по форме согласно приложению 6 к счету-реестру за оказание медицинской помощи онкологическим больным.

*Примечание:*

\* - источник данных – информационная система "Электронный регистр диспансерных больных";

**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 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 наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

*Примечание: \*- источник данных – информационная система "Электронный регистр онкологических больных".*

**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 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  
 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	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 наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Примечание:

\*- источник данных – информационная система "Электронный регистр онкологических больных".

Приложение 35  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ ҚР ДСМ-16/2020  
Приложение 81  
к Правилам оплаты услуг  
субъектов здравоохранения  
Форма

**Информация о структуре доходов при оказании медицинских услуг  
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
А 1	2	3	4	5
1	Доход за отчетный период, всего			
	в том числе:			
1.1.	Оказание медицинской помощи онкологическим больным:			
1.1.1.	по комплексному тарифу на одного онкологического больного			
1.1.2.	по фактическим затратам, в том числе:			
1.1.2.1	применение химиопрепаратов онкологическим больным			
1.1.2.2	оказание лучевой терапии			
1.1.3.	по клинико-затратным группам за оказание медицинской помощи онкологическим больным при реализации их права на свободный выбор			
1.1.4.	оказание паллиативной помощи мобильными бригадами онкологическим больным IV клинической группы с отягощающей сопутствующей патологией, не позволяющей проводить специфическое лечение			
1.1.5.	проведение международных телеконсультаций биообразцов опухолей через систему телепатологии			
1.1.6.	проведение молекулярно-генетической и молекулярно-биологической диагностики			
1.1.7.	услуги перезарядки и сервисного обслуживания			
1.2.	Оказание медицинской помощи больным туберкулезом			
1.2.1.	по комплексному тарифу на одного больного туберкулезом			
1.2.2.	за обеспечение противотуберкулезными препаратами			
1.3.	Оказанная медико-социальная помощь лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами и психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ			
1.4.	Всего за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД в том числе:			
1.4.1	по комплексному тарифу на одного ВИЧ-инфицированного и (или) больного СПИД			
1.4.2	по комплексному тарифу для уязвимых групп населения в дружественных кабинетах			
1.4.3	за обследование населения на ВИЧ-инфекции			
1.4.4	за обеспечение антиретровирусными препаратами			

Руководитель поставщика  
(уполномоченное должностное лицо): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

-----











6.1.	Оплата коммунальных услуг									
	в том числе:	X	X	X	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	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									

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 наличии) (для документа на бумажном носителе)  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Приложение 37  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ КР ДСМ-16/2020  
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

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

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:			







№ 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 № 6. 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)

О з н а к о м л е н

(уполномоченное должностное лицо поставщика): \_\_\_\_\_

-----

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии)/( для документа на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

*Примечание: \* - 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: \_\_\_\_\_  
тенге

Комплексный тариф на одного онкологического больного в день: \_\_\_\_\_  
тенге

№ п/п	ИНН	Дата постановки на учет	Дата смерти	Дата снятия с учета	Количество дней нахождения на учете после даты смерти	Сумма, подлежащая снятию, тенге		
						всего	в.т.ч. з а несвоевременное снятия с учета	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)

О з н а к о м л е н

(уполномоченное должностное лицо поставщика): \_\_\_\_\_

-----

/ \_\_\_\_\_

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии)/( для документа на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

*Примечание: \* - источник данных – информационная система "Электронный регистр онкологических больных".*

Приложение 38

к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 16 марта 2020 года

№ ҚР ДСМ-16/2020

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

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Общая сумма Договора: \_\_\_\_\_

\_\_\_ тенге

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

Общая сумма выплаченного аванса в декабре: \_\_\_\_\_ тенге

Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_

\_\_\_ тенге

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ тенге

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:		
1.2.3	по клинико-затратным группам за оказание медицинской помощи онкологическим больным при реализации их права на свободный выбор		
1.2.4	оказание паллиативной помощи мобильными бригадами онкологическим больным IV клинической группы с отягощающей сопутствующей патологией, не позволяющей проводить специфическое лечение		
1.2.5	проведение международных телеконсультаций биообразцов опухолей через систему телепатологии		
1.2.6	проведение молекулярно-генетической и молекулярно-биологической диагностики		
1.2.7	услуги перезарядки и сервисного обслуживания		

Таблица № 2. Расчет суммы, принятой к оплате по комплексному тарифу на одного онкологического больного

№ п/п	Наименование	Среднесписочная численность онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4	5
1.	Оказание медицинской помощи онкологическим больным			

Таблица № 3. Расчет суммы, принятой к оплате по фактическим затратам за оказание медицинской помощи онкологическим больным

Наименование	Применение химиопрепаратов онкологическим больным		Оказание лучевой терапии		Всего	

№ п/п		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:						
1.2	при оказании стационарной медицинской помощи						
1.3	при оказании стационарозамещающей медицинской помощи						

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

№ 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 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 № 6. Сумма 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 принято к оплате: \_\_\_\_\_ тенге, в том числе:

1. удержанная сумма: \_\_\_\_\_ тенге, из них:

1.1. по результатам мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_ тенге;

1.2. за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом, не прошедшие мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_ тенге;

1.3. за пролеченные случаи прошедшего периода с непредотвратимым летальным исходом, прошедшие мониторинг качества и объема в отчетном периоде: \_\_\_\_\_ тенге;

2. Сумма снятая: \_\_\_\_\_ тенге / принятая: \_\_\_\_\_ тенге, из них:

2.1. выплаты: \_\_\_\_\_ тенге,

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

**Примечание:**

- источник данных - информационная система "Электронный регистр онкологических больных".



1.	больным туберкулезом п о комплексному тарифу								
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 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 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 больным туберкулезом;

**Примечание:**

- 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

№ п/п	Период (календарный день месяца)	Количество больных туберкулезом, зарегистрированных на начало календарного дня месяца	Количество больных туберкулезом, взятых на учет		Количество больных туберкулезом, снятых с учета		Количество больных туберкулезом, зарегистрированных на конец календарного дня месяца	Среднесписочная численность больных туберкулезом
			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 наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Примечание: \* - источник данных - информационная система "Национальный регистр больных туберкулезом".

Приложение 2  
к счету-реестру за оказание  
медико-социальной помощи  
больным туберкулезом  
Форма

# Реестр оказанной медицинской помощи больным туберкулезом 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:									

Таблица №3. Перечень пролеченных случаев восстановительного лечения и медицинской реабилитации

№ 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 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	Д а т а 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
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:									

**Таблица №3. Перечень пролеченных случаев санаторно-курортного лечения туберкулезных больных**

№ п/п	Профиль койки	ИИН	№ медицинской карты	Д а т а 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
Наименование соисполнителя _____ (по договору соисполнения от _____ № _____)										
1.	Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе:									
1.1	итого стационарная помощь, в том числе:									



1.1	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)/Подпись)  
(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика: \_\_\_\_\_

/ \_\_\_\_\_

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

Место печати (при наличии)/(для документа на бумажном носите)

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

*Примечание: \* - источник данных - информационные системы " Лекарственное обеспечение".*

Приложение 40  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ ҚР ДСМ-16/2020  
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

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

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	
		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.	Сумма удержания за неподтвержденные факты оказания медицинской помощи (услуги)						
5.1	за отчетный период						

5.2	за прошедший период						
6.	ИТОГО по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг						

Таблица №3. Расчет суммы, принятой к оплате по обеспечению противотуберкулезными препаратами

№ п/п	Наименование	Применение противотуберкулезных препаратов больным туберкулезом		
		Предъявлено к оплате, тенге	Снято с оплаты, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4	5
1.	Всего, в том числе:			
1.1.	при оказании амбулаторно-поликлинической помощи			
1.2.	при оказании стационарной медицинской помощи			

Таблица № 4. 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)

О з н а к о м л е н

(уполномоченное должностное лицо поставщика): \_\_\_\_\_

----- / -----

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

Место печати (при 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)

**О з н а к о м л е н**

(уполномоченное должностное лицо поставщика): \_\_\_\_\_

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

Место печати (при наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Примечание: \* - источник данных - информационная система "Национальный регистр больных туберкулезом".

Приложение 41  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ ҚР ДСМ-16/2020  
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

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_

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

Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_

Общая сумма Договора: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ тенге



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

Общая сумма выплаченного аванса в декабре: \_\_\_\_\_ тенге

Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ тенге

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	Среднесписочная численность больных туберкулезом, зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4	5
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		

Таблица № 4. 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 принято к оплате: \_\_\_\_\_ тенге, в том числе:

1. удержанная сумма: \_\_\_\_\_ тенге, из них:

1.1. по результатам мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_ тенге;

1.2. за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом, не прошедшие мониторинга качества и объема : \_\_\_\_\_ тенге;

1.3. за пролеченные случаи прошедшего периода с непредотвратимым летальным исходом, прошедшие мониторинга качества и объема в отчетном периоде: \_\_\_\_\_ тенге;

2. сумма снятая: \_\_\_\_\_ тенге / принятая: \_\_\_\_\_ тенге, из них:

2.1. выплаты: \_\_\_\_\_ тенге,

2.2. 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)	Поставщик: _____ (наименование поставщика)
Адрес: _____	Адрес: _____
БИН: _____	БИН: _____
ИИК: _____	ИИК: _____
БИК: _____	БИК: _____
_____	Наименование банка: _____
(наименование бенефициара)	_____
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 наличии)	Место печати (при наличии)
(для акта на бумажном носителе)	(для акта на бумажном носителе)

**Примечание: -источник данных - информационная система "Национальный регистр больных туберкулезом".**

Приложение 42  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ ҚР ДСМ-16/2020  
Приложение 92  
к Правилам оплаты услуг  
субъектов здравоохранения

**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

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

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.	по комплексному тарифу для уязвимых групп населения в дружественных кабинетах	
1.3.	за обследование населения на ВИЧ-инфекции	
1.4.	за обеспечение антиретровирусными препаратами	

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\*

	Применение антиретровирусных препаратов
--	---

№ п/п	Наименование	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 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) реестр оказанной медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД по комплексному тарифу для уязвимых групп населения в дружественных кабинетах по форме согласно приложению 3 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД;

4) реестр оказанных услуг при обследовании населения на ВИЧ-инфекции по форме согласно приложению 4 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД;

5) сводный реестр данных об обеспеченных рецептах антиретровирусных препаратов, подлежащих оплате по форме согласно приложению 5 к

счета-реестру за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД;

*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	Срчи В 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 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)/Подпись)  
(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

Место печати (при 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

**Реестр оказанной медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД по комплексному тарифу для**

**уязвимых групп населения в дружественных кабинетах**

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.				

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 наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Приложение 4  
к счету-реестру за оказание медицинской  
помощи ВИЧ-инфицированным и (или)  
больным СПИД  
Форма

**Реестр оказанных услуг при обследовании населения на ВИЧ-инфекции**  
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.				
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 наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**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 наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

*Примечание:*

\* - источник данных - информационные системы "Лекарственное обеспечение";

\*\* указывается закупочная цена по договору с единым дистрибьютором.



**Счет-реестр за оказание медико-социальной помощи  
ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД республиканской  
организацией здравоохранения**

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

период: с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_

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

№ п /п	Наименование	Количество услуг	Стоимость услуги	Предъявлено к оплате (тенге)
1	2	3	4	5
1.	Всего за оказание консультативно диагностической медицинской помощи, в том числе:			
1.1.				
1.2.				

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 наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

К данному счет-реестру прилагаются следующие приложения:

1) реестр оказанных населению консультативно-диагностических услуг по форме согласно приложению 1 к счету-реестру за оказанные медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД республиканской организацией здравоохранения;

3) реестр оказанных консультативно-диагностических услуг с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга по форме согласно приложению 2 к счету-реестру за оказанные медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД республиканской организацией здравоохранения.

Приложение 1  
к счету-реестру за оказанные  
медико-социальной помощи  
ВИЧ-инфицированным и (или)  
больным СПИД республиканской  
организацией здравоохранения  
Форма

**Реестр оказанных населению консультативно-диагностических услуг**  
период: с " \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по " \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

№ п/п	Полный код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6
1					
ИТОГО					

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 наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Приложение 2  
к счету-реестру за оказанные  
медико-социальной помощи  
ВИЧ-инфицированным и (или)  
больным СПИД республиканской  
организацией здравоохранения  
Форма

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

К о д медицинского оборудования	Наименование медицинского оборудования	Полный 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

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 наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Приложение 44  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ КР ДСМ-16/2020  
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

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

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.	по комплексному тарифу для уязвимых групп населения в дружественных кабинетах			
1.3.	за обследование населения на ВИЧ-инфекции			
1.4.	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)

О з н а к о м л е н

(уполномоченное должностное лицо поставщика): \_\_\_\_\_

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

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Приложение 45  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ КР ДСМ-16/2020

**Протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию  
медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным  
СПИД республиканской организации здравоохранения**

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

период: с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_

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

Таблица № 1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИД

№ п/п	Наименование	Количество услуг	Предъявлено к оплате, тенге	Снято с оплаты*, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4	5	6
1.	Всего за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД, в том числе:				

Таблица № 2. Расчет суммы иных выплат/вычетов

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

О з н а к о м л е н :

(уполномоченное должностное лицо поставщика) \_\_\_\_\_

/

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Приложение 46

к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 16 марта 2020 года

№ ҚР ДСМ-16/2020

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

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_

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

Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_

Общая сумма Договора: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ тенге

Общая сумма выплаченного аванса: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ тенге

Общая сумма выплаченного аванса в декабре: \_\_\_\_\_ тенге

Общая сумма оплаченных (оказанных) услуг \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ тенге

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ тенге

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	
1.	Всего за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД, в том числе:		
1.1.	по комплексному тарифу		
1.2.	по комплексному тарифу для уязвимых групп населения в дружественных кабинетах		
1.3.	за обследование населения на ВИЧ-инфекции		
1.4.	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:

1. удержанная сумма: \_\_\_\_\_ тенге, из них:

1.1. по результатам мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_ тенге;

1.2. за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом, не прошедшие мониторинга качества и объема : \_\_\_\_\_ тенге;

1.3. за пролеченные случаи прошедшего периода с непредотвратимым летальным исходом, прошедшие мониторинга качества и объема в отчетном периоде: \_\_\_\_\_ тенге;

2. сумма снятая: \_\_\_\_\_ тенге / принятая: \_\_\_\_\_ тенге, в том числе:

2.1. выплаты: \_\_\_\_\_ тенге,

2.2. 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: \_\_\_\_\_

Поставщик: \_\_\_\_\_  
(наименование поставщика)

Адрес: \_\_\_\_\_

БИН: \_\_\_\_\_

ИИК: \_\_\_\_\_

БИК: \_\_\_\_\_

БИК: \_\_\_\_\_ Наименование банка: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (наименование бенефициара) \_\_\_\_\_  
 КБЕ: \_\_\_\_\_ КБЕ: \_\_\_\_\_  
 Руководитель: \_\_\_\_\_ Руководитель: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) / (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) /подпись  
 подпись)  
 (для акта на бумажном носителе) (для акта на бумажном носителе)  
 Место печати (при наличии) Место печати (при наличии)  
 (для акта на бумажном носителе) (для акта на бумажном носителе)

Приложение 47  
 к приказу  
 Министра здравоохранения  
 Республики Казахстан  
 от 16 марта 2020 года  
 № ҚР ДСМ-16/2020  
 Приложение 100  
 к Правилам оплаты услуг  
 субъектов здравоохранения  
 Форма

## Акт оказанных услуг

за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или)  
 больным СПИД

республиканской организацией здравоохранения

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

период с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_

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

Общая сумма по Договору \_\_\_\_\_

тенге

Общая сумма выплаченного аванса: \_\_\_\_\_

тенге

Общая сумма выплаченного аванса в декабре: \_\_\_\_\_ тенге

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

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ тенге

Таблица № 1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание  
 медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД

№ п/п	Наименование работ (услуг)	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге



1.	2	3	4
1.	Всего за оказание консультативно - диагностической медицинской помощи, в том числе:		
1.1.			
1.2.			

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:

1. удержанная сумма: \_\_\_\_\_ тенге, из них:

1.1. по результатам мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_ тенге;

1.2. за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом, не прошедшие мониторинга качества и объема : \_\_\_\_\_ тенге;

1.3. за пролеченные случаи прошедшего периода с непредотвратимым летальным исходом, прошедшие мониторинга качества и объема в отчетном периоде: \_\_\_\_\_ тенге;

2. сумма снятая: \_\_\_\_\_ тенге / принятая: \_\_\_\_\_ тенге, в том числе:

2.1. выплаты: \_\_\_\_\_ тенге,

2.2. 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)	Поставщик: _____ (наименование поставщика)
Адрес: _____	Адрес: _____
БИН: _____	БИН: _____
ИИК: _____	ИИК: _____
БИК: _____	БИК: _____
_____	Наименование банка: _____
(наименование бенефициара)	_____
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 наличии)	Место печати (при наличии)
(для акта на бумажном носителе)	(для акта на бумажном носителе)



психическими и поведенческими расстройствами и психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ								
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 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 и психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ 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 и психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ 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 и психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ**

Таблица №1: Количество лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами

№ 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							

Таблица №2: Количество лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ

№ п/п	Период (календарный день месяца)	Количество лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ на начало календарного дня месяца	Количество лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ взятых на учет		Количество лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ снятых с учета		Количество лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ на конец календарного дня месяца	Среднесписочная численность лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ
			Всего	в том числе из других регионов	Всего	в том числе умершие		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
	Итого							



№ п/п			№ медицинской карты				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 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 и психическими и поведенческими  
расстройствами, вызванных употреблением ПАВ 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	Д а т а 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
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:									

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 наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

*Примечание: -источник данных - информационная система "Электронный регистр психических больных".*

Приложение 49  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ ҚР ДСМ-16/2020  
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 и психическими и поведенческими**

**расстройствами, вызванных употреблением ПАВ № \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_**  
**\_\_\_\_\_ 20\_\_ года**

**период: с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года**

**по Договору № \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года**

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_

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

Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_

Таблица № 1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание медицинской помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами и психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ

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





5.	Сумма удержания за неподтвержденные факты оказания медицинской помощи (услуги)						
5.1	за отчетный период						
5.2	за прошедший период						
6.	ИТОГО по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг						

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)

О з н а к о м л е н

(уполномоченное должностное лицо поставщика): \_\_\_\_\_

-----/-----

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Примечание:

- источник данных- информационная система "Электронный регистр психических больных".

Приложение 1  
к протоколу исполнения  
договора закупа услуг по оказанию  
медико-социальной помощи лицам,  
страдающим психическими и  
поведенческими расстройствами и  
психическими и поведенческими  
расстройствами, вызванных  
употреблением ПАВ

**Реестр лиц, страдающих психическими и поведенческими  
расстройствами и психическими и поведенческими расстройствами,  
вызванных употреблением ПАВ с несвоевременной регистрацией  
сведений о смерти\***

Комплексный тариф в месяц: \_\_\_\_\_ тенге

Комплексный тариф в день: \_\_\_\_\_ тенге

Таблица №1: Лица, страдающие психическими и поведенческими  
расстройствами

№ 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							

Таблица №2: Лица, страдающие психическими и поведенческими  
расстройствами, вызванных употреблением ПАВ

№ 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)  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

О з н а к о м л е н

(уполномоченное должностное лицо поставщика): \_\_\_\_\_

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

Место печати (при наличии)/(для документов на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

*Примечание: \* - источник данных - информационная система "Электронный регистр диспансерных больных".*

Приложение 50  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ ҚР ДСМ-16/2020  
Приложение 103  
к Правилам оплаты услуг  
субъектов здравоохранения  
Форма

**Акт оказанных услуг  
за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим  
психическими и поведенческими расстройствами и  
психическими и поведенческими расстройствами, вызванных  
употреблением ПАВ**

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
 по Договору № \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_

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

Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_

Общая сумма Договора: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ тенге

Общая сумма выплаченного аванса: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ тенге

Общая сумма выплаченного аванса в декабре: \_\_\_\_\_ тенге

Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ тенге

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ тенге

Таблица № 1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами и психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ

Комплексный тариф в месяц: \_\_\_\_\_ тенге

№ п/п	Наименование	Среднесписочная численность лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами и психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ, зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4	5
1.	Оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами и психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ			

Наименование	Предъявлено к оплате		Принято к оплате	
	Среднесписочная численность лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами и психическими и поведенческими		Среднесписочная численность лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами и психическими и поведенческими	

№ п/п		поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ, зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода	Сумма	поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ, зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода	Сумма
1	2	3	4	5	6
1.	Оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами и психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением ПАВ				

Таблица № 2. Расчет суммы 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:

1. удержанная сумма: \_\_\_\_\_ тенге, из них:

1.1. по результатам мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_ тенге;

1.2. за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом, не прошедшие мониторинга качества и объема : \_\_\_\_\_ тенге;

1.3. за пролеченные случаи прошедшего периода с непредотвратимым летальным исходом, прошедшие мониторинг качества и объема в отчетном периоде: \_ тенге;

2. сумма снятая: \_\_\_\_\_ тенге / принятая: \_\_\_\_\_ тенге, из них:

2.1. выплаты: \_\_\_\_\_ тенге,

2.2. 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)	Поставщик: _____ (наименование поставщика)
Адрес: _____	Адрес: _____
БИН: _____	БИН: _____
ИИК: _____	ИИК: _____
БИК: _____	БИК: _____
	Наименование банка: _____

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

*Примечание: - источник данных - информационная система "Электронный регистр диспансерных больных".*

Приложение 51  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ КР ДСМ-16/2020  
Приложение 107  
к Правилам оплаты услуг  
субъектов здравоохранения  
Форма

## Счет-реестр

за оказание услуг патологоанатомической диагностики

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

период: с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_

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

Наименование бюджетной подпрограммы \_\_\_\_\_

Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности;

Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона \_\_\_\_\_;

Коэффициент за работу в зонах экологического бедствия \_\_\_\_\_;

Тариф для медицинских организаций, имеющих свидетельство о прохождении аккредитации по стандартам Международной объединенной комиссии (JCI, США) \_\_\_\_\_;

Поправочный коэффициент для медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги гражданам Республики Казахстан, проживающим в городе Байконур, поселках Торетам и Акай \_\_\_\_\_.

Таблица № 1. Расчет суммы, предъявляемой к оплате за оказание оказанных услуг патологоанатомической диагностики.

--	--	--	--	--

№ п/п	Наименование	Количество услуг	Предъявлено к оплате (тенге)
1	2	3	4
1.	Итого по оказанию патологоанатомической диагностики, в том числе:		
1.1.	Патологоанатомическое вскрытие		
1.2.	Забор биологического материала и его гистологическое, цитологическое и иные исследования		
Итого к оплате			

Таблица № 2. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание услуг патологоанатомического вскрытия.

№ п/п	Наименование	Количество услуг	Стоимость услуги	Предъявлено к оплате (тенге)
1	2	3	4	5
1.	Итого по оказанию патологоанатомической диагностики, в том числе:			
Итого к оплате				

Таблица № 3. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание оказанных услуг патологоанатомической диагностики (Забор биологического материала и его гистологическое, цитологическое и иные исследования).

№ п/п	Наименование	Количество услуг	Стоимость услуги	Предъявлено к оплате (тенге)
1	2	3	4	5
1.	Итого по оказанию патологоанатомической диагностики, в том числе:			
Итого к оплате				

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 наличии)/(для документа на бумажном носителе)  
 Дата "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года



к приказу  
 Министра здравоохранения  
 Республики Казахстан  
 от 16 марта 2020 года  
 № ҚР ДСМ-16/2020  
 Приложение 108  
 к Правилам оплаты услуг  
 субъектов здравоохранения  
 Форма

## Протокол

### исполнения договора закупа услуг патологоанатомической диагностики

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

период: с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_

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

Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_

Таблица № 1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание оказанных услуг патологоанатомической диагностики.

№ п/п	Наименование услуг	Предъявлено к оплате		Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично		Принято к оплате	
		Количество услуг	сумма, тенге	Количество услуг	сумма, тенге	Количество услуг	сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Итого по оказанию патологоанатомической диагностики, в том числе:						
1.1	Патологоанатомическое вскрытие						
1.2	Забор биологического материала и его гистологическое, цитологическое и иные исследования						

Таблица № 2. 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)

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

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

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

(для протокола на бумажном носителе)

О з н а к о м л е н

(уполномоченное должностное лицо заказчика): \_\_\_\_\_

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

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

(для протокола на бумажном носителе)

Место печати (при наличии)/(для протокола на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Приложение 53  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ ҚР ДСМ-16/2020  
Приложение 112  
к Правилам оплаты услуг  
субъектов здравоохранения  
Форма

**Акт оказанных услуг  
патологоанатомической диагностики**

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года  
 период с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года  
 по Договору № \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_

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

Наименование бюджетной подпрограммы \_\_\_\_\_

Общая сумма по Договору \_\_\_\_\_

тенге

Общая сумма выплаченного аванса: \_\_\_\_\_

тенге

Общая сумма выплаченного аванса в декабре: \_\_\_\_\_ тенге

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

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ тенге

Таблица № 1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание услуг патологоанатомической диагностики

№ п/п	Наименование услуг	Предъявлено к оплате		Принято к оплате	
		количество	Сумма, тенге	количество	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6
1.	Итого по оказанию патологоанатомической диагностики, в том числе:				
1.1.	Патологоанатомическое вскрытие				
1.2.	Забор биологического материала и его гистологическое, цитологическое и иные исследования				
	Итого к оплате:				

Таблица № 2. Сумма иных выплат/вычетов

№ п/п	Основание	Сумма выплаты, тенге	Сумма вычета, тенге
1.	2	3	4
2.			
3.			
	Итого		

Всего принято к оплате: \_\_\_\_\_ тенге, в том числе:

1. удержанная сумма: \_\_\_\_\_ тенге, из них:

1.1. по результатам мониторинга качества и объема и экспертизы качества: \_\_\_\_\_ тенге;

2. сумма по решению комиссии снятая: \_\_\_\_\_ тенге / принятая: \_\_\_\_\_ тенге, в том числе:

2.1. выплаты: \_\_\_\_\_ тенге,

2.2. 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)	Поставщик: _____ (наименование поставщика)
Адрес: _____	Адрес: _____
БИН: _____	БИН: _____
ИИК: _____	ИИК: _____
БИК: _____	БИК: _____
_____	Наименование банка: _____
(наименование бенефициара)	_____
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 наличии)	Место печати (при наличии)
(для акта на бумажном носителе)	(для акта на бумажном носителе)

Приложение 54  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ ҚР ДСМ-16/2020  
Приложение 113  
к Правилам оплаты услуг  
субъектов здравоохранения  
Форма

## Счет-реестр

**оказанных услуг по заготовке, переработке, хранению и реализацию  
крови и ее компонентов, производству препаратов крови**

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

период: с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_

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

Наименование бюджетной подпрограммы \_\_\_\_\_

Коэффициент за работу в зонах экологического бедствия\*: \_\_\_\_\_

Коэффициент на содержания здания\*\* : \_\_\_\_\_

Тариф для медицинских организаций, имеющих свидетельство о прохождении аккредитации по стандартам Международной объединенной комиссии (JCI, США) \_\_\_\_\_ ;

Поправочный коэффициент для медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги гражданам Республики Казахстан, проживающим в городе Байконур, поселках Торетам и Акай \_\_\_\_\_ .

№	Наименование	Предъявленная сумма, тенге
1	2	3
1.	Общий объем услуг по заготовке, переработке, хранению, реализации крови, ее компонентов, по производству препаратов крови, услуг по обеспечению лабораторного сопровождения трансплантации органов и тканей	
1.1	услуги по заготовке, переработке, хранению и реализации крови и ее компонентов, производству препаратов крови	
1.2	услуг центров крови по обеспечению лабораторного сопровождения трансплантации органов и тканей	
	Итого:	

Итого к оплате \_\_\_\_\_ тенге

Руководитель \_\_\_\_\_ поставщик

(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 наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

К данному счету-реестру прилагается реестр оказанных услуг по заготовке, переработке, хранению и реализации крови и ее компонентов, производству препаратов крови по форме согласно приложению к счету-реестру;

**Примечание:**

\* - указывается при наличии утвержденных коэффициентов;

Приложение  
к счету-реестру оказанных  
услуг по заготовке, переработке,  
хранению и реализации крови и  
ее компонентов, производству  
препаратов крови  
Форма

**Реестр оказанных услуг по заготовке, переработке, хранению и  
реализацию крови и ее компонентов,  
производству препаратов крови  
период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ год**

№	Наименование	Единица измерения	Стоимость, тенге	Количество	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6
1.	Общий объем услуг по заготовке, переработке, хранению, реализации крови, ее компонентов, по производству препаратов крови, услуг по обеспечению лабораторного сопровождения трансплантации органов и тканей				
1.1	услуги по заготовке, переработке, хранению и реализацию крови и ее компонентов, производству препаратов крови				
1.2	услуг центров крови по обеспечению лабораторного сопровождения трансплантации органов и тканей				
	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 наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

*Примечание:*

\* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в МИС;

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

Приложение 55  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ ҚР ДСМ-16/2020  
Приложение 114

## Протокол

**исполнения договора закупа услуг по заготовке, переработке, хранению и  
реализацию крови и ее компонентов, производству  
препаратов крови**

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

период: с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_

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

Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_

Таблица № 1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание услуг по заготовке, переработке, хранению и реализацию крови и ее компонентов, производству препаратов крови.

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате		Подлежит к снятию		Принято к оплате	
		Количество	сумма, тенге	Количество	сумма, тенге	Количество	сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Общий объем услуг по заготовке, переработке, хранению, реализации крови, ее компонентов, по производству препаратов крови, услуг по обеспечению лабораторного сопровождения трансплантации органов и тканей						
1.1	услуги по заготовке, переработке, хранению и реализацию крови и ее компонентов, производству препаратов крови						
1.2	услуг центров крови по обеспечению лабораторного сопровождения трансплантации органов и тканей						
	Итого:						

Таблица № 2. Расчет иных выплат/вычетов

№ п/п	Основание	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)

О з н а к о м л е н

(уполномоченное должностное лицо поставщика): \_\_\_\_\_

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

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

(для протокола на бумажном носителе)

Место печати (при наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Приложение 56  
к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 16 марта 2020 года  
№ ҚР ДСМ-16/2020  
Приложение 118  
к Правилам оплаты услуг  
субъектов здравоохранения  
Форма

### **Акт оказанных услуг**

**по заготовке, переработке, хранению и реализации крови и ее  
компонентов, производству препаратов крови**

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

период с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

по Договору № \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года



Источник финансирования: \_\_\_\_\_

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_

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

Наименование бюджетной подпрограммы \_\_\_\_\_

Общая сумма по Договору \_\_\_\_\_

тенге

Общая сумма выплаченного аванса: \_\_\_\_\_

тенге

Общая сумма выплаченного аванса в декабре: \_\_\_\_\_ тенге

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

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ тенге

Таблица № 1. Расчет суммы, принятой к оплате по заготовке, переработке, хранению и реализации крови и ее компонентов, производству препаратов крови

№ п/п	Наименование компонентов крови	Предъявлено к оплате, тенге		Принято к оплате, тенге	
		Количество	Сумма, тенге	Количество	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6
1.	Общий объем услуг по заготовке, переработке, хранению, реализации крови, ее компонентов, по производству препаратов крови, услуг по обеспечению лабораторного сопровождения трансплантации органов и тканей				
1.1	услуги по заготовке, переработке, хранению и реализации крови и ее компонентов, производству препаратов крови				
1.2	услуг центров крови по обеспечению лабораторного сопровождения трансплантации органов и тканей				
	Итого к оплате:				

Таблица № 2. Сумма иных выплат/вычетов

№ п/п	Основание	Сумма выплаты, тенге	Сумма вычета, тенге
1.	2	3	4
2.			
3.			
	Итого		

Всего принято к оплате: \_\_\_\_\_ тенге, в том числе:

1. удержанная сумма: \_\_\_\_\_ тенге, из них:

1.1. по результатам мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_ тенге;

2. сумма снятая: \_\_\_\_\_ тенге / принятая: \_\_\_\_\_ тенге, в том

числе:

2.1. выплаты: \_\_\_\_\_ тенге,

2.2. 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)	Поставщик: _____ (наименование поставщика)
Адрес: _____	Адрес: _____
БИН: _____	БИН: _____
ИИК: _____	ИИК: _____
БИК: _____	БИК: _____
_____	Наименование банка: _____
(наименование бенефициара)	_____
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 наличии)	Место печати (при наличии)
(для акта на бумажном носителе)	(для акта на бумажном носителе)