

О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-291/2020 "Об утверждении правил оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования"

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 августа 2021 года № ҚР ДСМ-86. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 20 августа 2021 года № 24058

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-291/2020 "Об утверждении правил оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21831) следующие изменения и дополнения:

в Правилах оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования, утвержденных указанным приказом:

в пункте 2:

подпункт 16) изложить в следующей редакции:

"16) поставщик – субъект здравоохранения, с которым фонд или администратор бюджетных программ заключил договор закупа услуг в порядке, определенном Правилами закупа услуг у субъектов здравоохранения по оказанию медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования (далее – ОСМС) согласно подпункту 62) статьи 7 Кодекса (далее – Правила закупа);";

подпункт 24) изложить в следующей редакции:

"24) комплексный тариф на одного больного центра психического здоровья – стоимость комплекса медико-социальных услуг больным центрами психического здоровья, в рамках ГОБМП в расчете на одного больного, зарегистрированного в подсистемах РПБ и РНБ ИС "ЭРДБ";

подпункт 25) исключить;

подпункт 30) изложить в следующей редакции:

"30) поправочные коэффициенты – коэффициенты, применяемые к расчетной стоимости услуги с целью установления тарифа на медицинские услуги, оказываемые в

рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, утвержденной на основании подпункта 64) статьи 7 Кодекса (далее – Методика формирования тарифов);";

подпункт 31) изложить в следующей редакции:

"31) мониторинг исполнения условий договора закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС (далее – мониторинг) – оценка фонда или администратора бюджетных программ по надлежащему исполнению договорных обязательств поставщиком и (или) внешняя экспертиза качества медицинских услуг (помощи) в рамках заключенного договора закупа услуг;"

дополнить подпунктами 35), 36) и 37) следующего содержания:

"35) подушевой норматив расходов на средства индивидуальной защиты на одного прикрепленного человека для субъектов первичной медико-санитарной помощи – расчетная стоимость средства индивидуальной защиты (далее – СИЗ) на одного прикрепленного человека к субъекту ПМСП, зарегистрированного в ИС "РПН";

36) подушевой норматив на расчетную численность городского населения, прикрепленного к субъекту ПМСП, подлежащего разукрупнению, согласно Методике формирования тарифов – расчетная стоимость на одного прикрепленного жителя городского населения к субъекту ПМСП, подлежащего разукрупнению;

37) средства индивидуальной защиты – специальным образом сконструированная одежда и оборудование, ношение которых призвано защитить носящего от инфицирования.";

пункт 3 изложить в следующей редакции:

"3. Оплата услуг субъектов здравоохранения осуществляется фондом за счет трансфертов из республиканского бюджета на основании договоров закупа услуг в пределах средств, предусмотренных планами финансирования бюджетных программ (подпрограмм) по обязательствам и платежам администратора на соответствующий финансовый год, и (или) за счет активов фонда, а также за медицинские услуги, оказанные в рамках ГОБМП в последний месяц предшествующего финансового года – за счет бюджетных средств текущего финансового года с поставщиками, заключившими договоры на оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП в предшествующем финансовом году.";

пункт 4 изложить в следующей редакции:

"4. Оплата услуг субъектов здравоохранения производится с учетом результатов мониторинга качества и объема.

Мониторинг качества и объема проводится согласно правилам проведения мониторинга исполнения условий договора закупа медицинских услуг у субъектов здравоохранения в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, утвержденным на основании подпункта 99) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан.

По результатам мониторинга качества и объема выявляются дефекты оказания медицинской помощи, являющиеся основанием для применения штрафных санкций

путем уменьшения фондом суммы, подлежащей оплате поставщику, в соответствии с единым классификатором дефектов по видам медицинской помощи и видам медицинской деятельности (далее – Единый классификатор дефектов).”;

в абзаце третьем пункта 9 слово "невозвращенной" заменить словом "невозвращенной”;

пункт 13 изложить в следующей редакции:

"13. Поставщик в срок не позднее 1 (одного) рабочего дня, следующего за днем завершения отчетного периода, формирует в ручном или в автоматизированном режиме и передает фонду подписанный руководителем или уполномоченным должностным лицом от имени поставщика на бумажном носителе и заверенный печатью поставщика (при ее наличии) или в виде электронного документа, подписанного электронной цифровой подписью (далее – ЭЦП) счет-реестр (счет-реестров) за оказанные услуги отдельно на каждый договор закупа услуг.

Субъекты ПМСП и субъекты села формируют в автоматизированном режиме и передают фонду подписанный руководителем или уполномоченным должностным лицом на бумажном носителе и заверенный печатью поставщика (при ее наличии) или в виде электронного документа, подписанного ЭЦП, счет-реестр за оказанные услуги не позднее 10 (десятого) числа месяца, следующего за отчетным периодом.

В случае некорректного формирования поставщиком счет-реестра в ручном или в автоматизированном режиме и (или) предоставлении подписанного счет-реестра на бумажном носителе с некорректными данными, фонд в течение 1 (одного) рабочего дня после его получения возвращает поставщику счет-реестр для его повторного формирования.

В случае возникновения обстоятельств непреодолимой силы, указанных в договоре закупа услуг и (или) обстоятельств, связанных с обновлениями в информационных системах, подтвержденных письмом уполномоченного органа, фонд принимает счет-реестр за оказанные услуги после устранения обстоятельств непреодолимой силы и (или) обстоятельств, связанных с обновлениями в информационных системах.”;

абзац первый пункта 17 изложить в следующей редакции:

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

в абзаце втором пункта 18 слова "уполномоченным должностным лицом фонда" заменить словами "уполномоченным лицом от имени фонда”;

пункт 19 изложить в следующей редакции:

"19. Платежные документы на бумажном носителе формируются в двух экземплярах, по одному экземпляру для поставщика и фонда.

В случае установления факта некорректного или неполного ввода данных поставщиком в ИС, по согласованию с фондом, осуществляется корректировка данных в ИС, введенных поставщиком, до момента осуществления оплаты по акту оказанных услуг.

Результаты гистологических и патоморфологических исследований в информационной системе "Электронный регистр стационарных больных" (далее – ИС "ЭРСБ") вносятся по факту получения результатов исследований.

В случае установления факта некорректного или неполного ввода данных поставщиком по услугам, оказанным при лечении пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19, согласование корректировки данных осуществляется уполномоченным органом.";

пункт 23 изложить в следующей редакции:

"23. Оплата по подписанным актам оказанных услуг осуществляется фондом не позднее 10 (десяти) календарных дней с даты подписания акта оказанных услуг, 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.";

пункты 27 и 28 изложить в следующей редакции:

"27. Суммы штрафных санкций, удержанные в период действия договора закупа услуг по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг, неустойки, уплаченные поставщиками в соответствии с условиями договора присоединения к запуску услуг в системе ОСМС, подлежат использованию Фондом для размещения на оказание медицинской помощи в текущем финансовом году.

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

Неустойки, начисленные в соответствии с условиями договора присоединения к запуску услуг в рамках ГОБМП, подлежат зачислению поставщиками в доход республиканского бюджета.";

пункты 40 и 41 изложить в следующей редакции:

"40. Сумма оплаты за оказание скорой медицинской помощи поставщику за отчетный период определяется путем умножения подушевого норматива скорой помощи на среднесписочную численность прикрепленного населения, зарегистрированного в ИС "РПН" к организациям ПМСП на территории обслуживания станции скорой помощи за отчетный период.

Среднесписочная численность прикрепленного населения за отчетный период определяется путем суммирования численности прикрепленного населения,

зарегистрированного в ИС "РПН" к организациям ПМСП на территории обслуживания станции скорой помощи за каждый календарный день отчетного периода и деления полученной суммы на число календарных дней месяца.

Сумма оплаты за оказание скорой медицинской помощи поставщику по подушевому нормативу скорой помощи за отчетный период не зависит от объема оказанных услуг.

41. Учет договоров закупа услуг скорой медицинской помощи осуществляется фондом в ручном или в автоматизированном режиме в информационной системе "Единая платежная система" (далее – ИС "ЕПС").";

пункты 43 и 44 изложить в следующей редакции:

"43. Для автоматизированного формирования счет-реестра за оказание скорой медицинской помощи и корректного расчета суммы, предъявляемой к оплате, поставщик обеспечивает ежедневный персонифицированный ввод данных по формам первичной медицинской документации, утвержденной приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579) (далее – приказ № ҚР ДСМ-175/2020) в медицинской информационной системе (далее – МИС) интегрированной с ИС "ЕПС" (при ее наличии).

44. Протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию скорой медицинской помощи формируется по форме согласно приложению 2 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора закупа услуг скорой медицинской помощи) в ручном или автоматизированном режиме в ИС "ЕПС".";

пункт 47 изложить в следующей редакции:

"47. Оплата услуг поставщиков – субъектов здравоохранения, оказывающих ПМСП и специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях (далее – услуги АПП) прикрепленному населению осуществляется в пределах суммы, предусмотренной договором закупа услуг за:

- 1) оказание услуг АПП прикрепленному населению;
- 2) оказание неотложной медицинской помощи прикрепленному населению для обслуживания 4 категории срочности вызовов;
- 3) обеспечение специализированными лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина;

4) расходы на СИЗ на одного прикрепленного человека;

5) разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности.";

дополнить пунктами 50-1 и 50-2 следующего содержания:

"50-1. Оплата за расходы на СИЗ на одного прикрепленного человека осуществляется по подушевому нормативу расходов на СИЗ на одного прикрепленного человека для субъектов ПМСП.

50-2. Оплата за численность городского населения, прикрепленного к субъекту ПМСП, подлежащего разукрупнению, осуществляется по подушевому нормативу на расчетную численность городского населения, прикрепленного к субъекту ПМСП, подлежащего разукрупнению.";

абзац третий пункта 52 исключить;

пункт 54 изложить в следующей редакции:

"54. Автоматизированный учет договоров закупа услуг АПП, а также дополнительных соглашений к ним, осуществляется фондом в ИС "ЕПС".";

подпункт 1) пункта 56 изложить в следующей редакции:

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

пункт 62 исключить;

дополнить пунктом 71-1 следующего содержания:

"71-1. Оплата за оказание услуг передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта осуществляется по тарифу на услуги передвижных медицинских комплексов на одного человека (на базе медицинского поезда).

Оплата за оказание услуг передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта осуществляется по тарифам на медицинские услуги.";

пункт 84 изложить в следующей редакции:

"84. При экстренной госпитализации ребенка в возрасте до пяти лет, а также тяжело больных детей старшего возраста, нуждающихся по заключению врачей в дополнительном уходе, оплата бактериологического обследования на сальмонеллез, экспресс тестирование на коронавирусную инфекцию COVID-19 и диагностического исследования на выявление РНК вируса COVID-19 матери (отца), непосредственно осуществляющего уход за ребенком, из числа получателей адресной социальной помощи, многодетных матерей, награжденных подвесками "Алтын алка", "Күміс алка", 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 86 изложить в следующей редакции:

"86. Для автоматизированного формирования в ИС "СУКМУ" счет-реестра за оказание специализированной медицинской помощи в стационарозамещающих, стационарных условиях и на дому по форме согласно приложению 21 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 ИС "ЭРСБ":

1) ежедневный ввод и подтверждение данных для формирования первичной медицинской документации, утвержденным приказом № ҚР ДСМ-175/2020;

2) ежедневный ввод отпуска комплекта по уходу за ребенком (аптечка) в ИС "ЛО";

3) формирование не позднее 1 (одного) рабочего дня после дня выписки пациента из стационара статистических карт выбывшего из стационара для формирования первичной медицинской документации, утвержденным приказом № ҚР ДСМ-175/2020;

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

структуре расходов специализированной медицинской помощи в стационарозамещающих, стационарных условиях и на дому по форме, согласно приложению 22 к настоящим Правилам;

дифференцированной оплате труда работников специализированной медицинской помощи в стационарозамещающих, стационарных условиях и на дому по форме, согласно приложению 23 к настоящим Правилам;

распределении плановой суммы аванса на оказание специализированной медицинской помощи в стационарозамещающих, стационарных условиях и на дому по форме, согласно приложению 24 к настоящим Правилам;

повышении квалификации и переподготовке кадров за оказанную специализированную медицинскую помощь в стационарозамещающих, стационарных условиях и на дому по форме, согласно приложению 25 к настоящим Правилам.

В случае отсутствия в ИС "ЭРСБ" информации, предусмотренной подпунктом 3) части первой настоящего пункта, формирование счет-реестра за оказание специализированной медицинской помощи в стационарозамещающих, стационарных условиях и на дому 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 91 изложить в следующей редакции:

"91. 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 в стационарозамещающих и стационарных условиях;

6) на услуги детям с онкологическими заболеваниями, оплата по которым осуществляется согласно параграфу 4 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 согласно приложению 28 к настоящим Правилам;

9) на высокотехнологичные медицинские услуги;

10) на услуги, оказанные больным инфекционными заболеваниями на койках инфекционного профиля на уровне круглосуточного стационара.";

пункт 99 изложить в следующей редакции:

"99. Оплата за экспресс тестирование на коронавирусную инфекцию COVID-19 и диагностическое исследование на выявление РНК вируса COVID-19 при экстренной госпитализации пациентов и новорожденных от матери с подтвержденной коронавирусной инфекцией COVID-19 или подозрением на коронавирусную инфекцию COVID-19 осуществляется дополнительно к стоимости пролеченного случая по тарифу .";

дополнить пунктом 99-1 следующего содержания:

"99-1. В случаях лечения коронавирусной инфекции COVID-19 в период действия чрезвычайного положения, а также на период осуществления мероприятий в рамках борьбы с коронавирусной инфекцией COVID-19 на всей территории Республики Казахстан в качестве сопутствующего диагноза в круглосуточных стационарах оплачивается по стоимости за пролеченный случай по КЗГ основного диагноза с оплатой:

1) стоимости комплекса услуг, лекарственных средств и медицинских изделий (далее – ЛС и МИ) – по тарифу согласно степени тяжести сопутствующей коронавирусной инфекции COVID-19;

2) за оказание экстракорпоральной мембранной оксигенации – за фактически понесенные расходы на ЛС, МИ и медицинские услуги;

3) за обеспечение противовирусными препаратами, за исключением противовирусных препаратов, полученных на безвозмездной основе за счет резервов Правительства Республики Казахстан, местных исполнительных органов и других источников – по фактической (закупочной) стоимости противовирусных препаратов, не превышающей ее предельную стоимость, определенную уполномоченным органом в соответствии с подпунктами 95) и 96) статьи 7 Кодекса.;

4) за проведение ультра гемофильтрации при тяжелых случаях лечения – по тарифам.";

пункт 100 изложить в следующей редакции:

"100. Оплата за оказание услуг по предотвращению распространения коронавирусной инфекции COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусной инфекцией COVID-19 в период действия чрезвычайного положения, а также на период осуществления мероприятий в рамках борьбы с коронавирусной инфекцией COVID-19 на всей территории Республики Казахстан осуществляется:

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

2) за пролеченный случай по тарифу за 1 (один) койко-день при изоляции в карантинном стационаре при подозрении на коронавирусную инфекцию COVID-19;

3) за оказание экстракорпоральной мембранной оксигенации – за фактически понесенные расходы на ЛС, МИ и медицинские услуги;

4) для выплаты надбавок к заработной плате работников системы здравоохранения, задействованных в противоэпидемических мероприятиях в рамках борьбы с коронавирусной инфекцией COVID-19 и (или) за оказание медицинской помощи;

5) за применение монооксида азота в лечении легочной гипертензии (с учетом стоимости газовой смеси) – по тарифу;

6) за обеспечение противовирусными препаратами, за исключением препаратов, полученных на безвозмездной основе за счет резервов Правительства Республики Казахстан, местных исполнительных органов и других источников – по фактической (закупочной) стоимости препаратов, не превышающей ее предельную стоимость, определенную уполномоченным органом в соответствии с подпунктами 95) и 96) статьи 7 Кодекса.

Оплата для выплаты надбавок к заработной плате работников системы здравоохранения, задействованных в противоэпидемических мероприятиях в рамках борьбы с коронавирусной инфекцией COVID-19 и (или) за оказание медицинской помощи в период действия чрезвычайного положения, а также на период осуществления мероприятий в рамках борьбы с коронавирусной инфекцией COVID-19 на всей территории Республики Казахстан, осуществляется на основании форм согласно приложениям 21, 26 и 29 к настоящим Правилам.";

пункт 110 изложить в следующей редакции:

"110. Оплата за оказание специализированной медицинской помощи женщинам в критическом состоянии после родов и (или) абортов осуществляется за фактически понесенные расходы, определенные пунктом 108 настоящих Правил.";

подпункт 4) пункта 119 изложить в следующей редакции:

"4) акта сверки, подписанного уполномоченными лицами от имени фонда и поставщика.";

пункт 141 изложить в следующей редакции:

"141. Оплата за оказание специализированной медицинской помощи в стационарозамещающих и стационарных условиях и на дому прикрепленному сельскому населению в системе ОСМС осуществляется согласно Параграфу 2 Главы 4.";

подпункт 12) пункта 143 изложить в следующей редакции:

"12) ежедневный ввод и подтверждение данных в ИС по формам первичной медицинской документации, утвержденным приказом № ҚР ДСМ-175/2020.";

абзац первый пункта 147 изложить в следующей редакции:

"147. Оплата за оказание услуг по предотвращению распространения коронавирусной инфекции COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусной инфекцией COVID-19 в период действия чрезвычайного положения, а также в период осуществления мероприятий в рамках борьбы с коронавирусной инфекцией COVID-19 осуществляется экспресс тестирование на коронавирусную инфекцию COVID-19 и диагностическое исследование на выявление РНК вируса COVID-19 при экстренной госпитализации пациентов и новорожденных от матери с подтвержденной коронавирусной инфекцией COVID-19 или подозрением на коронавирусную инфекцию COVID-19.";

подпункт 1) пункта 178 изложить в следующей редакции:

"1) ежедневный ввод и подтверждение данных для формирования первичной медицинской документации, утвержденным приказом № ҚР ДСМ-175/2020;"

дополнить пунктом 203-1 следующего содержания:

"203-1. Оплата за экспресс тестирование на коронавирусную инфекцию COVID-19 и диагностическое исследование на выявление РНК вируса COVID-19 при экстренной госпитализации пациентов осуществляется дополнительно к комплексному тарифу на одного больного центров психического здоровья.";

подпункт 1) пункта 213 изложить в следующей редакции:

"1) ежедневный ввод и подтверждение данных для формирования первичной медицинской документации, утвержденным приказом № ҚР ДСМ-175/2020;"

пункт 224 изложить в следующей редакции:

"224. Для проведения оплаты при автоматизированном формировании счет-реестра за оказание услуг ПАБ и корректного расчета суммы, предъявленной к оплате:

по услугам патологоанатомической диагностики:

1) субъект здравоохранения, оказывающий специализированную медицинскую помощь в стационарозамещающих и стационарных условиях, не позднее первого рабочего дня следующего за днем констатации биологической смерти пациента обеспечивает ввод в ИС "ЭРСБ" данных по форме первичной медицинской документации, утвержденным приказом № ҚР ДСМ-175/2020, которые становятся доступными поставщику услуг патологоанатомической диагностики;

2) ПАБ обеспечивает ежедневный ввод и подтверждение данных по форме первичной медицинской документации, утвержденным приказом № ҚР ДСМ-175/2020, в лабораторной информационной системе (далее – ЛИС), при наличии интеграции с ИС "ЭРСБ" и ИС "ЕПС";

по услугам патогистологической диагностики:

1) субъект здравоохранения вносит в МИС, интегрированную с ИС "ЕПС" направление на гистологическое исследование, проводимое на амбулаторном уровне, согласно вкладному листу к форме первичной медицинской документации, утвержденным приказом № ҚР ДСМ-175/2020;

2) ПАБ обеспечивает ежедневный ввод и подтверждение данных по форме первичной медицинской документации, утвержденным приказом № ҚР ДСМ-175/2020, в МИС или ЛИС интегрированную с ИС "ЕПС";

3) ПАБ обеспечивает формирование статистического отчета в МИС или в ЛИС о количестве проведенных гистологических исследований и их категорий;

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

структуре доходов при оказании комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях поставщиком, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по форме, согласно приложению 10 к настоящим Правилам;

структуре расходов при оказании комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях поставщиком, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по форме, согласно приложению 11 к настоящим Правилам;

дифференцированной оплате труда работников при оказании комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях поставщиком, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по форме, согласно приложению 12 к настоящим Правилам;

повышении квалификации и переподготовке кадров при оказании комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях поставщиком, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по форме, согласно приложению 13 к настоящим Правилам;

распределении плановой суммы аванса при оказании комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях по форме, согласно приложению 14 к настоящим Правилам;

5) ввод данных, необходимых для формирования отчетов, указанных в подпункте 4) настоящего пункта, осуществляется в срок до 30 (тридцатого) числа месяца, следующего за отчетным периодом.

В случае отсутствия в ИС "ЕПС" информации, предусмотренной подпунктом 4) настоящего пункта, формирование счет-реестра за оказание услуг ПМСП за текущий отчетный период поставщику не производится до введения указанной информации.

Поставщик по запросу фонда предоставляет копии первичных бухгалтерских документов, на основании которых осуществлено формирование информации, указанной в подпункте 4) настоящего пункта.";

пункт 229 изложить в следующей редакции:

"229. Центры крови на основании первичной медицинской документации, утвержденным приказом № КР ДСМ-175/2020, формируют в ручном режиме счет-реестр оказанных услуг по заготовке, переработке, контролю качества, хранению и реализации крови, ее компонентов, производству препаратов крови по форме, согласно приложению 83 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр оказания услуг препаратов крови).";

пункты 232 и 233 изложить в следующей редакции:

"232. Фонд формирует в ручном режиме протокол исполнения договора закупа услуг по заготовке, переработке, контролю качества, хранению и реализации крови, ее компонентов, производству препаратов крови по форме, согласно приложению 84 к настоящим Правилам.

233. Акт оказанных оказанных услуг по заготовке, переработке, контролю качества, хранению и реализации крови, ее компонентов, производству препаратов крови по форме, согласно приложению 85 к настоящим формируется фондом в ручном режиме на основании протокола исполнения договора закупа услуг по обеспечению препаратами крови и ее компонентами."

приложения 4, 9, 10, 11, 16, 17, 20, 21, 26, 28, 29, 30, 31, 53, 60, 61, 74, 83, 84 и 85 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложениям 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 и 20 к настоящему приказу.

2. Департаменту координации обязательного социального медицинского страхования Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан 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 в Министерстве юстиции Республики Казахстан 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 курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования, за исключением абзацев тринадцатого, четырнадцатого, пятнадцатого, шестнадцатого, семнадцатого, восемнадцатого, девятнадцатого, двадцатого, двадцать первого, двадцать второго, сорок третьего, сорок четвертого, сорок пятого, сорок шестого, пятьдесят первого, пятьдесят второго, пятьдесят третьего, пятьдесят четвертого, пятьдесят пятого, пятьдесят шестого, пятьдесят седьмого, пятьдесят восьмого, пятьдесят девятого, шестидесятого, семьдесят четвертого, семьдесят пятого, семьдесят шестого, семьдесят седьмого, семьдесят восьмого, семьдесят девятого, девяностого, девяносто первого, девяносто второго, девяносто третьего, девяносто четвертого, девяносто пятого, девяносто восьмого, девяносто девятого, сотого, сто первого, сто второго, сто третьего, сто четвертого, сто пятого, сто шестого, сто седьмого, сто восьмого, сто девятого, сто десятого, сто одиннадцатого, сто двенадцатого пункта 1 настоящего приказа, которые вводятся в действие с 1 июля 2021 года.

*Министр здравоохранения
Республики Казахстан*

А. Цой

*"СОГЛАСОВАН"
Министерство национальной
экономики Республики Казахстан*

Приложение 1 к приказу
Министра здравоохранения Республики
Казахстан
от 20 августа 2021 года № ҚР ДСМ-86
"О внесении изменений и дополнений в
приказ
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-291/2020
"Об утверждении правил оплаты
услуг субъектов
здравоохранения в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования"
Приложение 4
к Правилам оплаты услуг

Казахстан от 20 декабря 2020
года № ҚР ДСМ-291/2020
"Об утверждении правил оплаты
услуг субъектов
здравоохранения в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования"
Приложение 9
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
в рамках гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и(или) в системе обязательного
социального медицинского
страхования
Форма

Счет-реестр

**за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и
специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях**

№ _____ 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 ШМ на одного школьника в месяц _____ тенге

Количество школьников _____ человек

Подушевой норматив расходов на СИЗ на одного прикрепленного человека в месяц _____ тенге

— — — —

Базовый подушевой норматив на расчетную численность городского населения,

прикрепленную в медицинской организации ПМСП, подлежащей разукрупнению _____

т е н г е

Подушевой норматив на расчетную численность городского населения, прикрепленную в медицинской организации ПМСП, подлежащей разукрупнению _____ тенге

Таблица №1. Расчет суммы, предъявляемой к оплате за оказание первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях

№ 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 расходы на СИЗ на одного прикрепленного человека;	
1.7.	за расходы на разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности	
1.8.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:	
1.8.1.	за оказание консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя)	
1.8.2.	услуги пенсионерам и членам семьи военнослужащих, правоохранительных и специализированных государственных органов	
1.8.3.	медицинское обслуживание школьников в организациях образования	
1.8.4.	услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта	
1.8.5.	услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта	
1.8.6.	дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (КТ, МРТ)	
1.8.7.	услуги в травматологических пунктах	
1.8.8.	услуги в кожно-венерологических диспансерах (и/или отделениях при многопрофильных больницах)	
1.8.9.	услуги в республиканских организациях здравоохранения	
1.8.10.	услуги молодежных центров здоровья	
1.9.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне	

1.10.	оказание услуг по предотвращению распространения коронавируса COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19: диагностические исследования на выявление РНК вируса COVID-19 из биологического материала методом полимеразной цепной реакции	
1.11.	надбавки к заработной плате медицинских работников, задействованных в противоэпидемических мероприятиях в рамках борьбы с коронавирусом COVID-19	
1.12.	услуги мобильной бригады ПМСП	
1.13.	дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (ПЭТ)	

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 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				

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 комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;

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 комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;

3) реестр оказанных услуг первичной медико-санитарной помощи по форме согласно приложению 3 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;

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 комплекса первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;

5) реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных без привлечения соисполнителя по форме согласно приложению 5 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;

6) реестр консультативно-диагностических услуг оказанных с привлечением соисполнителя по форме согласно приложению 6 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;

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 комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;

8) реестр вызовов неотложной медицинской помощи 4 категории срочности по форме согласно приложению 8 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;

9) реестр по обеспечению лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина по форме согласно приложению 9 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;

10) реестр по поощрению работников субъекта здравоохранения за оказание услуг по предотвращению распространения коронавируса COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19 по форме согласно приложению 10 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;

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
комплекса услуг первичной
медико- санитарной помощи и
специализированной медицинской
помощи в амбулаторных условиях
Форма

Данные о динамике численности и структуре прикрепленного населения по данным портала "Регистр прикрепленного населения"

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

Таблица №1. Динамика численности прикрепленного населения человек

№ п/п	Численность прикрепленного населения на начало отчетного периода	Количество прикрепленного населения		Количество открепленного населения				Численность прикрепленного населения на конец отчетного периода
		Итого	в т.ч. по свободному выбору	Итого	в т.ч. по причинам			
1	2	3	4	5	отказ по свободному выбору	смерть	выезд	6
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
 комплекса услуг первичной
 медико-санитарной помощи и
 специализированной
 медицинской помощи в
 амбулаторных условиях
 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

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 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;

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
комплекса услуг первичной
медико-санитарной помощи и
специализированной
медицинской помощи в
амбулаторных условиях
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
комплекса услуг первичной
медико-санитарной помощи и
специализированной
медицинской помощи в
амбулаторных условиях
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 пенсионерам и членам семьи военнослужащих, правоохранительных и специализированных государственных органов			
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.	Оказание услуг молодежными центрами здоровья			
12.1				
12.2				
13.	Услуги по проведению скрининговых исследований на раннюю диагностику злокачественных новообразований (в разрезе видов скринингов)			
13.1	На выявление рака молочной железы			
13.2	На выявление рака шейки матки			
13.3	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:

Приложение 5
к счету-реестру за оказание
комплекса услуг первичной
медико-санитарной помощи и
специализированной
медицинской помощи в
амбулаторных условиях
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
комплекса услуг первичной
медико-санитарной помощи и
специализированной
медицинской помощи в
амбулаторных условиях
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
комплекса услуг первичной
медико-санитарной помощи и
специализированной
медицинской помощи в
амбулаторных условиях
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
комплекса услуг первичной
медико-санитарной помощи и
специализированной
медицинской помощи в
амбулаторных условиях
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
комплекса услуг первичной
медико-санитарной помощи и
специализированной
медицинской помощи в
амбулаторных условиях
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 10
к счету-реестру за оказание
комплекса услуг первичной
медико-санитарной помощи и
специализированной
медицинской помощи в
амбулаторных условиях
Форма

Реестр по надбавкам к заработной плате медицинских работников, задействованных в противоэпидемических мероприятиях в рамках борьбы с коронавирусом COVID-19*

Размер поощрения на одного работника за месяц: _____ тенге (в зависимости от групп риска)

--	--	--	--

№ п/п	Наименование отделения	Количество штатных единиц	Сумма поощрения, тенге
1-группа риска			
1			
2			
...			
2-группа риска			
1			
2			
...			
3-группа риска			
1			
2			
3			
	Всего		

* к таблице прилагается Информация о надбавки к заработной плате медицинских работников и водителей скорой медицинской помощи, задействованных в противоэпидемических мероприятиях в рамках борьбы с коронавирусом COVID-19 по форме согласно приложению Правилам установления надбавок.

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 приказу "О внесении
изменений и дополнений в
приказ Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от 20 декабря 2020
года № ҚР ДСМ-291/2020
"Об утверждении правил оплаты
услуг субъектов
здравоохранения в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования"

Приложение 10
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения в
рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи и(или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования
Форма

Информация

о структуре доходов при оказании комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях 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 (ГОБМП, активы ОСМС)	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			
1.6.	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.	оказание услуг по предотвращению распространения коронавируса COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19: диагностические исследования на выявление РНК вируса COVID-19 из биологического материала методом полимеразной цепной реакции			

1.9.	надбавки к заработной плате медицинских работников, задействованных в противоэпидемических мероприятиях в рамках борьбы с коронавирусом COVID-19			
1.10	услуги мобильной бригады ПМСП			
1.11	Другие услуги (указать)			

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

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

Дата " ____ " _____ 20 ____ года

Приложение 4
к приказу "О внесении
изменений и дополнений в
приказ Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от 20 декабря 2020
года № ҚР ДСМ-291/2020
"Об утверждении правил оплаты
услуг субъектов
здравоохранения в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования"

Приложение 11
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения в
рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи и(или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования

Форма

Информация

о структуре расходов при оказании комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях поставщиком, оказывающим первичную медико-санитарную помощь период

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

(наименование поставщика)

№	Наименование	Кассовые расходы за прошедший год (тыс. тенге)	П л а н бюджетных средств на отчетный год	Кассовые расходы по нарастанию з а отчетный период (тыс.тенге)		в т.ч. за отчетный месяц (тыс.тенге)		Всего Фактические расходы по нарастанию за отчетный период (тыс.тенге)	Отклонение фактических расходов от кассовых расходов (тыс.тенге)	Креди задол по на (тыс. тенге)
				всего	в т.ч. аванс	всего	в т.ч. аванс			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
0А	Отклонение фактических расходов от кассовых за позапрошлый год, тыс.тенге	X	X	X	X	X	X			
	Отклонение фактических расходов от кассовых за прошлый год, тыс.тенге	X	X	X	X	X	X			
0Б	Остаток средств на расчетном счету									
0В	Поступление средств, всего:	X		X	X	X	X	X	X	X
	в том числе:	X		X	X	X	X	X	X	X
1.	О к а з а н и е амбулаторно-поликлинической помощи всего:	X		X	X	X	X	X	X	X
2.	на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки	X		X	X	X	X	X	X	X
3.	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина	X		X	X	X	X	X	X	X
4.	сумма на оказание неотложной медицинской помощи	X		X	X	X	X	X	X	X
5.	за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний	X		X	X	X	X	X	X	X
6.	з а о к а з а н и е консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой	X		X	X	X	X	X	X	

	норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи										X
7.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне	X		X	X	X	X	X	X	X	X
8.	оказание услуг по предотвращению распространения коронавируса COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19: диагностические исследования на выявление РНК вируса COVID-19 из биологического материала методом полимеразной цепной реакции	X		X	X	X	X	X	X	X	X
9.	надбавки к заработной плате медицинских работников, задействованных в противоэпидемических мероприятиях в рамках борьбы с коронавирусом COVID-19	X		X	X	X	X	X	X	X	X
10.	услуги мобильной бригады ПМСП	X		X	X	X	X	X	X	X	X
11.	дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (ПЭТ)										
12.	Другие	X		X	X	X	X	X	X	X	X
13.	Оказание медицинской помощи по договору соисполнителя	X		X	X	X	X	X	X	X	X
0Г	Всего расходов										
	в том числе:	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
I.	ТЕКУЩИЕ РАСХОДЫ:		X								
1.	Заработная плата всего:		X								
1.1.	Оплата труда										
	в том числе:	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
а)	врачебный персонал и провизоры		X								
б)	средний медицинский и фармацевтический персонал		X								
в)	младший медицинский персонал		X								
г)	прочий персонал		X								
1.2.	Дополнительные денежные выплаты (премии и		X								

a)	кадров организаций здравоохранения		X							
7.2.	Командировки и служебные разъезды за пределы страны		X							
a)	в том числе на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения		X							
7.3.	Прочие текущие затраты		X							
8.	Лизинговые платежи		X							
II	ПРИБРЕТЕНИЕ ОСНОВНЫХ СРЕДСТВ		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) " _____ " _____

____ 20 ____ года

Приложение 5
к приказу "О внесении
изменений и дополнений в
приказ Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от 20 декабря 2020
года № ҚР ДСМ-291/2020
"Об утверждении правил оплаты
услуг субъектов
здравоохранения в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования"

Приложение 16
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения в
рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи и(или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования

Форма

Протокол

исполнения договора закупа услуг по оказанию комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях

№ _____ 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 комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях 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 расходы на СИЗ на одного прикрепленного человека;						
1.7.	За расходы на разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности						
1.8.	з а о к а з а н и е консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:						
1.8.1.	з а о к а з а н и е консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя)						
1.8.2.	услуги пенсионерам и членам семьи военнослужащих, правоохранительных и специализированных государственных органов						
1.8.3.	медицинское обслуживание школьников в организациях образования						
1.8.4.	услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта						
1.8.5.	услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта						
1.8.6.	дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (КТ, МРТ)						
1.8.7.	услуги в травматологических пунктах						
1.8.8.	услуги в кожно-венерологических диспансерах (и/или отделениях при многопрофильных больницах)						
1.8.9	услуги в республиканских организациях здравоохранения						
1.8.10	услуги молодежных центров здоровья						
1.9.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне						
	оказание услуг по предотвращению распространения коронавируса COVID						

1.10.	-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19: диагностические исследования на выявление РНК вируса COVID-19 из биологического материала методом полимеразной цепной реакции						
1.11.	надбавки к заработной плате медицинских работников, задействованных в противоэпидемических мероприятиях в рамках борьбы с коронавирусом COVID-19						
1.12.	услуги мобильной бригады ПМСП						
1.13.	дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (ПЭТ)						
2.	Итого						

Таблица №2. Расчет суммы к оплате с учетом мониторинга качества и объема по оказанию комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях

№ п/п	Код/наименование перечня	Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично	
		Количество услуг/ численность	Сумма, тенге
1	2	3	4
1.	Реестр услуг, прошедших текущий мониторинг		
1.1.	за отчетный период		
1.2.	за прошедший период		
2.	Реестр услуг, прошедших целевой мониторинг		
2.1.	за отчетный период		
2.2.	за прошедший период		
3.	Реестр услуг, прошедших проактивный мониторинг		
3.1.	за отчетный период		
3.2.	за прошедший период		
4.	Реестр услуг, прошедших внеплановый мониторинг		
4.1.	за отчетный период		
4.2.	за прошедший период		
5.	Итого по результатам мониторинга качества и объема медицинской помощи		

Примечание:

*- В случае если, поставщик оказывает несколько видов медицинской помощи, финансируемых через информационную систему "Единая платежная система", тогда таблица №2 формируется отдельно для каждого вида помощи

		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 №5. 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: _____ / _____

(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

Приложение 6
к приказу "О внесении
изменений и дополнений в
приказ Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от 20 декабря 2020
года № КР ДСМ-291/2020
"Об утверждении правил оплаты
услуг субъектов
здравоохранения в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования"

Приложение 17
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения в
рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи и(или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования
Форма

Акт

**оказанных услуг комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и
специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях**

№ _____ 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: _____

т е н г е

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 комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях 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 расходы на СИЗ на одного прикрепленного человека;				
1.7.	за расходы на разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности				
1.8.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:				
1.8.1.	за оказание консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя)				
1.8.2.	услуги пенсионерам и членам семьи военнослужащих, правоохранительных и специализированных государственных органов				
1.8.3.	медицинское обслуживание школьников в организациях образования				
1.8.4.	услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта				
1.8.5.	услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта				

1.8.6.	дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (КТ, МРТ)				
1.8.7.	услуги в травматологических пунктах				
1.8.8.	услуги в кожно-венерологических диспансерах (и/или отделениях при многопрофильных больницах)				
1.8.9	услуги в республиканских организациях здравоохранения				
1.8.10	услуги молодежных центров здоровья				
1.9.	услуги мобильной бригады ПМСП				
1.10.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне				
1.11.	оказание услуг по предотвращению распространения коронавируса COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19: диагностические исследования на выявление РНК вируса COVID-19 из биологического материала методом полимеразной цепной реакции				
1.12.	надбавки к заработной плате медицинских работников, задействованных в противоэпидемических мероприятиях в рамках борьбы с коронавирусом COVID-19				
1.13.	услуги мобильной бригады ПМСП				

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

№ п/п	Индикаторы оценки деятельности	Предъявлено к оплате					Принято к оплате	
		Целевой показатель	Фактический показатель	Количество баллов	% достижения целевого показателя	Сумма, тенге	Сумма, тенге	
1	2	3	4	5	6	7	8	
Итого								
1.	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП							
2.	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП							
3.	Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями							
4.	Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома							
5.	Своевременно диагностированный туберкулез легких							
	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной							

6.	локализаций 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (T0-T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0)					
7.	Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)					
8.	Обоснованные жалобы					

Таблица № 3. Расчет суммы, принятой к оплате 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 №4. 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 Адрес: БИН: ИИК: БИК:	: _____ _____ (заказчика)	Поставщик: (наименование Адрес: БИН: ИИК: БИК:	_____ (поставщика) _____
	_____ (наименование бенефициара)	Наименование банка:	_____
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) (для акта на бумажном носителе)	Место печати (при наличии) (для акта на бумажном носителе)		

Приложение 7
к приказу "О внесении
изменений и дополнений в
приказ Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от 20 декабря 2020
года № ҚР ДСМ-291/2020
"Об утверждении правил оплаты
услуг субъектов
здравоохранения в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования"

Приложение 20
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения в
рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи и(или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования
Форма

Перечень услуг, определенных Правилами КДП

- 1) Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 жителя);
- 2) Услуги пенсионерам и членам семьи военнослужащих, правоохранительных и специализированных государственных органов;
- 3) Медицинское обслуживание школьников в организациях образования;
- 4) Услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта;

- 5) Услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта;
- 6) Дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (КТ, МРТ);
- 7) Дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (ПЭТ);
- 8) Услуги в травматологических пунктах;
- 9) Услуги в кожно-венерологических диспансерах и/или отделениях при многопрофильных больницах;
- 10) Услуги в республиканских организациях здравоохранения;
- 11) Услуги в молодежных центрах здоровья.

Приложение 8
к приказу "О внесении
изменений и дополнений в
приказ Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от 20 декабря 2020
года № ҚР ДСМ-291/2020
"Об утверждении правил оплаты
услуг субъектов
здравоохранения в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования"

Приложение 21
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения в
рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи и(или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования

Форма

Счет-реестр

за оказание специализированной медицинской помощи в стационарозамещающих,
стационарных условиях и на дому

№ _____ 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 в стационарозамещающих, стационарных условиях и на дому

Стоимость базового тарифа (ставки) _____ тенге

Поправочные коэффициенты: _____

Стоимость 1 койко-дня: _____ тенге по карантинной госпитализации;

_____ тенге по провизорной госпитализации;

_____ тенге за пролеченного больного коронавирусом COVID-19;

Стоимость 1 услуги: _____ тенге по тарифу;

_____ тенге по тарифу.

№ 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, 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	медицинская реабилитация 2 этап КС						
1.1.5	Медицинская помощь инфекционным больным						
1.1.6	Медицинская помощь онкологическим больным						

1.1.7	Провизорная госпитализация					
1.1.8	Лечение больных коронавирусом COVID-19					
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	Медицинская реабилитация 2 этап ДС					
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 в стационарозамещающих, стационарных условиях и на дому

№ п /п	Наименование	Номер группы	К о д диагноза / операции	Коэффициент затратоемкости по КЗГ	Количество пролеченных больных/ сеансов	Предъявлено к оплате, тенге
1	2	3	4	5	6	7
1.	Всего, в том числе:					
1.1.	всего стационарная помощь, в том числе:					
1.1.1	услуги по профилю:					
1.1.2	услуги 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				
1.2.	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	Амбулаторный гемодиализ				
1.2.5	Перитонельный диализ				

Таблица №3. Расчет суммы, предъявленной к оплате по тарифу за один пролеченный случай по расчетной средней стоимости за оказание специализированной медицинской помощи в стационарозамещающих, стационарных условиях и на дому *

О к а з а н и е _____

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 в стационарозамещающих,

стационарных условиях и на дому *

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.	Медицинская реабилитация 3 этапа			
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 в стационарозамещающих, стационарных условиях и на дому

№ 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 за оказание услуг по предотвращению распространения коронавируса COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19

№ п/п	Наименование	Количество пролеченных случаев/ услуг	Количество койко-дней/ услуг	Предъявлено к оплате, тенге
1	2	3	4	5
1.	Карантинная госпитализация			
2.	Диагностическое исследование на выявление РНК вируса COVID-19 из биологического материала методом полимеразной цепной реакции			

Таблица №9. 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 9
к приказу "О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-291/2020 "Об утверждении правил оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования"

Приложение 26
к Правилам оплаты услуг

5.1	за отчетный период								
5.2	за прошедший период								
6	VI. Сумма за отчетный и прошедший периоды по случаям с летальным исходом								
6.1	за отчетный период								
6.2	за прошедший период								
7.	VII. Сумма удержания за превышение плановой суммы договора с применением линейной шкалы								
8.	VIII. Сумма за отчетный и прошедшие периоды, оказанным вне Договора ВТМУ и по перечню медицинских услуг	X	X	X	X	X	X	X	X
8.1	за отчетный период								
8.2	за прошедший период	X	X	X	X	X	X	X	X
9.	IX. Сумма удержания за отчетный и прошедшие периоды по неподтвержденным фактам оказания медицинской помощи								
9.1	за отчетный период								
9.2	за прошедший период								
10.	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	X

Таблица №8. 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 №9. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание услуг в приемном покое

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

Таблица №10. Расчет суммы, принимаемой к оплате по фактическим затратам за оказание медицинской помощи с привлечением зарубежных специалистов (в рамках мастер-класса)

№	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 №11. Расчет суммы иных выплат/вычетов

№ п/п	В и д ы 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 его наличии)/(для документа на бумажном носителе)

Дата " _____ " _____ 20 ____ года

Приложение 10
к приказу "О внесении
изменений и дополнений в
приказ Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от 20 декабря 2020
года № КР ДСМ-291/2020
"Об утверждении правил оплаты
услуг субъектов
здравоохранения в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования"

Приложение 28
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения в
рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи и(или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования

Перечень злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей и болезней крови, кроветворных органов по кодам Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем – 10

--	--	--

№п/п	К о д МКБ-10	Наименование гематологических болезней
1.	C81.0	Нодулярный тип лимфоидного преобладания лимфомы Ходжкина
2.	C81.1	Нодулярный склероз (классической) лимфомы Ходжкина
3.	C81.2	Смешанно-клеточный вариант (классической) лимфомы Ходжкина
4.	C81.3	Лимфоидное истощение (классической) лимфомы Ходжкина
5.	C81.4	Лимфоцитарная (Lymphocyte-rich) (классическая) лимфома Ходжкина
6.	C81.7	Другие формы (классической) лимфомы Ходжкина
7.	C81.9	Лимфома Ходжкина неуточненная
8.	C82.0	Фолликулярная лимфома I степени
9.	C82.1	Фолликулярная лимфома II степени
10.	C82.2	Фолликулярная лимфома III степени неуточненная
11.	C82.3	Фолликулярная лимфома IIIa степени
12.	C82.4	Фолликулярная лимфома IIIb степени
13.	C82.5	Диффузная лимфома центра фолликула
14.	C82.6	Кожная фолликулярная лимфома
15.	C82.7	Другие типы фолликулярной лимфомы
16.	C82.9	Фолликулярная лимфома неуточненная
17.	C83.0	Малоклеточная лимфома В-клеток
18.	C83.1	Лимфома клеток мантии
19.	C83.3	Диффузная крупно-В-клеточная лимфома
20.	C83.5	Лимфобластная (диффузная) лимфома
21.	C83.7	Лимфома Беркитта (Burkitt lymphoma)
22.	C83.8	Другие типы нефолликулярных лимфом
23.	C83.9	Нефолликулярная (диффузная) лимфома неуточненная
24.	C84.0	Грибовидный микоз
25.	C84.1	Болезнь Сезари
26.	C84.2	Лимфома Т-зоны
27.	C84.4	Периферическая Т-клеточная лимфома не классифицированная в других рубриках
28.	C84.5	Другие зрелые Т/НК-клеточные лимфомы
29.	C84.6	Анапластическая крупноклеточная лимфома, ALK-положительная
30.	C84.7	Анапластическая крупноклеточная лимфома, ALK-отрицательная
31.	C84.8	Кожная Т-клеточная лимфома неуточненная
32.	C84.9	Зрелая Т/НК-клеточная лимфома неуточненная
33.	C85.1	В-клеточная лимфома неуточненная
34.	C85.2	Медиастинальная (тимусная) большая В-клеточная лимфома
35.	C85.7	Другие уточненные типы неходжкинской лимфомы
36.	C85.9	Неходжкинская лимфома неуточненного типа
37.	C86.0	Экстрадолевая НК/Т-клеточная лимфома, назальный тип
38.	C86.1	Почечно-селезеночная Т-клеточная лимфома
39.	C86.2	Энтеропатическая (кишечная) Т-клеточная лимфома
40.	C86.3	Подкожная панцикулитная Т-клеточная лимфома

41.	C86.4	Бластная НК-клеточная лимфома
42.	C86.5	Ангиоиммуобластная Т-клеточная лимфома
43.	C86.6	Первичные кожные CD30-положительные пролиферации Т-клеток
44.	C88.0	Макроглобулинемия Вальденстрема
45.	C88.2	Другие заболевания тяжелой цепи
46.	C88.3	Иммунопролиферативная болезнь тонкого кишечника
47.	C88.4	Экстрадолевая В-клеточная лимфома маргинальной зоны лимфоидной ткани слизистой оболочки [MALT-лимфома]
48.	C88.7	Другие злокачественные иммунопролиферативные болезни
49.	C88.9	Злокачественные иммунопролиферативные болезни неуточненные
50.	C90.0	Множественная миелома
51.	C90.1	Плазмноклеточный лейкоз
52.	C90.2	Экстрамедуллярная плазмоцитома
53.	C90.3	Солитарная плазмоцитома
54.	C91.0	Острый лимфобластный лейкоз [ALL]
55.	C91.1	Хронический лимфоцитарный В-клеточный лейкоз
56.	C91.3	Пролимфоцитарный В-клеточный лейкоз
57.	C91.4	Волосатоклеточный лейкоз
58.	C91.5	Т-клеточная лимфома/лейкемия взрослых [HTLV-1-ассоциированная]
59.	C91.6	Пролимфоцитарный Т-клеточный лейкоз
60.	C91.7	Другой уточненный лимфоидный лейкоз
61.	C91.8	Зрелый В-клеточный лейкоз типа Беркитта
62.	C91.9	Лимфоидный лейкоз неуточненный
63.	C92.0	Острый миелобластный лейкоз [AML]
64.	C92.1	Хронический миелоидный лейкоз [CML], BCR/ABL-положительный
65.	C92.2	Атипичный хронический миелоидный лейкоз, BCR/ABL-отрицательный
66.	C92.3	Миелоидная саркома
67.	C92.4	Острый промиелоцитарный лейкоз [PML]
68.	C92.5	Острый миеломоноцитарный лейкоз
69.	C92.6	Острый миелоидный лейкоз с 11q23-аномалией
70.	C92.7	Другой миелоидный лейкоз
71.	C92.8	Острый миелоидный лейкоз с многолинейной дисплазией
72.	C92.9	Миелоидный лейкоз неуточненный
73.	C93.0	Острый монобластный/моноцитарный лейкоз
74.	C93.1	Хронический миеломоноцитарный лейкоз
75.	C93.3	Ювенильный миеломоноцитарный лейкоз
76.	C93.7	Другой моноцитарный лейкоз
77.	C93.9	Моноцитарный лейкоз неуточненный
78.	C94.0	Острая эритремия и эритролейкоз
79.	C94.2	Острый мегакариобластный лейкоз
80.	C94.3	Тучноклеточный лейкоз
81.	C94.4	Острый панмиелоз с миелофиброзом

82.	C94.6	Миелодиспластическое и миелопролиферативное заболевание, не классифицированное в других рубриках
83.	C94.7	Другой уточненный лейкоз
84.	C95.0	Острый лейкоз неуточненного клеточного типа
85.	C95.1	Хронический лейкоз неуточненного клеточного типа
86.	C95.7	Другой лейкоз неуточненного клеточного типа
87.	C95.9	Лейкоз неуточненный
88.	C96.0	Мультифокальный и мультисистемный (диссеминированный) гистиоцитоз из клеток Лангерганса [Болезнь Леттерера-Сиве]
89.	C96.2	Злокачественная тучноклеточная опухоль
90.	C96.4	Саркома дендритных (вспомогательных) клеток
91.	C96.5	Мультифокальный и унисистемный гистиоцитоз из клеток Лангерганса
92.	C96.6	Унифокальный гистиоцитоз из клеток Лангерганса
93.	C96.7	Другие уточненные злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей
94.	C96.8	Гистиоцитарная саркома
95.	C96.9	Злокачественное новообразование лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей неуточненное
96.	D45	Полицитемия истинная
97.	D46.0	Рефрактерная анемия без сидеробластов, так обозначенная
98.	D46.1	Рефрактерная анемия с кольцевыми сидеробластами
99.	D46.2	Рефрактерная анемия с избытком бластов [РАЕВ]
100.	D46.5	Рефрактерная анемия с многолинейной дисплазией
101.	D46.6	Миелодиспластический синдром с изолированной del(5q) хромосомной аномалией
102.	D46.7	Другие миелодиспластические синдромы
103.	D46.9	Миелодиспластический синдром неуточненный
104.	D47.0	Гистиоцитарные и тучноклеточные опухоли неопределенного или неизвестного характера
105.	D47.1	Хроническая миелопролиферативная болезнь
106.	D47.2	Моноклональная гаммапатия неопределенного генеза (MGUS)
107.	D47.3	Эссенциальная (геморрагическая) тромбоцитемия
108.	D47.4	Остеомиелофиброз
109.	D47.5	Хронический эозинофильный лейкоз [гиперэозинофильный синдром]
110.	D47.7	Другие уточненные новообразования неопределенного или неизвестного характера лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей
111.	D47.9	Новообразование неопределенного или неизвестного характера лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей неуточненное
112.	D59.5	Пароксизмальная ночная гемоглобинурия [Маркиафавы-Микели]
113.	D61.9	Апластическая анемия неуточненная
114.	D69.3	Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
115.	D80.8	Другие иммунодефициты с преимущественной недостаточностью антител
116.	D81.1	Тяжелый комбинированный иммунодефицит с низким содержанием Т- и В-клеток
117.	D84.9	Иммунодефицит неуточненный

к приказу "О внесении
изменений и дополнений в
приказ Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от 20 декабря 2020
года № ҚР ДСМ-291/2020
"Об утверждении правил оплаты
услуг субъектов
здравоохранения в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования"
Приложение 29
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения в
рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи и(или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования
Форма

Акт

**оказанных услуг по специализированной медицинской помощи в стационарозамещающих,
стационарных условиях и на дому**

№ _____ от "___" _____ 20__ года

период с "___" _____ 20__ года

по "___" _____ 20__ год по

Договору № _____ от "___" _____ 20__ года

И с т о ч н и к ф и н а н с и р о в а н и я :

Наименование поставщика: _____

—

Наименование бюджетной программы:

Наименование бюджетной подпрограммы:

Общая сумма Договора: _____

т е н г е

Общая сумма выплаченного аванса: _____ тенге

Общая сумма выплаченного аванса в декабре: _____ тенге

Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): _____

т е н г е

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): _____

тенге

Таблица №1. Сумма, принятая к оплате по клинико-затратным группам за оказание специализированной медицинской помощи в стационарозамещающих, стационарных условиях и на дому

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	Медицинская реабилитация 2 этап КС				
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	Медицинская реабилитация 2 этап ДС				
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 в стационарозамещающих, стационарных условиях и на дому

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате по счету-реестру		Принято к оплате с учетом Линейной шкалы, мониторинга и экспертизы	
		Число пролеченных больных (человек)/сеансов	Сумма (тенге)	Число пролеченных больных (человек) /сеансов	Сумма (тенге)
1	2	3	4	5	6
1.	Всего, в том числе:				
1.1.	всего стационарная помощь, в том числе:				
1.1.1	услуги по профилю:				
1.1.2	услуги 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				
1.2.	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	Амбулаторный гемодиализ				
1.2.5	Перитонельный диализ				

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 в стационарзамещающих, стационарных условиях и на дому

№	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 за оказание услуг по предотвращению распространения коронавируса COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате по счету-реестру			Принято к оплате с учетом мониторинга и экспертизы		
		Число пролеченных больных (человек)	Количество койко-дней / услуг	Сумма (тенге)	Число пролеченных больных (человек)	Количество койко-дней/ услуг	Сумма (тенге)
1	2	3	4	5	6	7	8
	Диагностическое исследование на выявление РНК вируса COVID-19						

1.	из биологического материала методом полимеразной цепной реакции					
2.	Карантинная госпитализация					
3.	Провизорная госпитализация					
4.	Лечение больных коронавирусом COVID-19					
5.	ПЦР					
6.	Стационар на дому при COVID-19					

Таблица №9. Сумма, принятая 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	Предъявлено к оплате, тенге		Принято к оплате, тенге	
		Количество пролеченных случаев	Сумма	Количество пролеченных случаев	Сумма
1	2	3	4	5	6
1.					
2.					
3.					

Таблица №10. Расчет суммы иных выплат/вычетов

№ п/п	В и д ы 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. по услугам вне договора: _____ тенге;

1.3. за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом, не прошедшие мониторинг качества и объема: _____ тенге;

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

1.5. 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 Адрес: БИН: ИИК: БИК: _____)	: _____ заказчика	Поставщик: (наименование Адрес: БИН: ИИК: БИК: _____)	_____ поставщика
_____	_____	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 его наличии) (для акта на бумажном носителе)	_____	Место печати (при его наличии)	_____
(для акта на бумажном носителе)	_____	(для акта на бумажном носителе)	_____

Приложение 12
к приказу "О внесении
изменений и дополнений в
приказ Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от 20 декабря 2020
года № ҚР ДСМ-291/2020
"Об утверждении правил оплаты
услуг субъектов
здравоохранения в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования"

Приложение 30
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения в
рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи и(или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования

Перечень случаев, подлежащих оплате за фактически понесенные расходы

№	Код МКБ-9	Наименование МКБ-9
		Высокотехнологичная медицинская услуга
1	35.991	Клипирование митрального отверстия
2	37.941	Замена автоматического кардиовертера/дефибриллятора, системы в целом
3	78.191	Применение внешнего фиксирующего устройства на кости таза, требующих этапной коррекции
4	92.291	Радио-йод терапия заболеваний щитовидной железы
5	33.5	Трансплантация легких
6	33.6	Комбинированная трансплантация комплекса "сердце – легкое"
7	52.80	Трансплантация поджелудочной железы, неуточненная
8	41.06	Трансплантация пуповинных стволовых клеток
9	37.51	Трансплантация сердца
10	55.62	Трансплантация почки от кадавра
11	00.93	Забор органа и/или ткани от кадавра для трансплантации
12	50.52	Трансплантация печени от кадавра
13	39.65	Экстракорпоральная мембранная оксигенация
14	Q78.0	Незавершенный остеогенез
		Специализированная медицинская помощь
15	41.94	Трансплантация селезенки
16	78.05	Трансплантация бедренной кости
17	78.07	Трансплантация большеберцовой и малоберцовой кости
№	код МКБ-10	наименование МКБ-10
1	O90.8	Другие осложнения послеродового периода, не классифицированные в других рубриках
2	O99.8	Другие уточненные болезни и состояния, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период
3	O26.6	Поражения печени во время беременности, родов и в послеродовом периоде
4	O10.3	Существовавшая ранее сердечно-сосудистая и почечная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период
5	O10.4	Существовавшая ранее вторичная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период
6	O98,8	Другие инфекционные и паразитарные болезни матери, осложняющие беременность, деторождение или послеродовой период
7	O85.0	Послеродовый сепсис
8	O86.0	Другие инфекции акушерской раны

Приложение 13
к приказу "О внесении
изменений и дополнений в
приказ Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от 20 декабря 2020
года № ҚР ДСМ-291/2020

"Об утверждении правил оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования"
 Приложение 31
 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и(или) в системе обязательного социального медицинского страхования

Перечень

случаев, подлежащих оплате за фактически понесенные расходы еречень случаев, подлежащих оплате по стоимости клинико-затратных групп с оплатой дополнительных расходов

№	Код	Наименование
1	2	3
Перечень операций, подлежащих оплате по стоимости КЗГ, с дополнительным возмещением затрат		
1.	02.93	Имплантация или замена электрода (электродов) интракраниального нейростимулятора
2.	03.7993	Имплантация нейростимулятора головного мозга с применением стереотаксической системы
3.	03.93	Имплантация или замена электрода (электродов) спинального нейростимулятора
4.	35.05	Эндоваскулярная замена аортального клапана
5.	36.11	Аортокоронарное шунтирование одной коронарной артерии*
6.	36.12	Аортокоронарное шунтирование двух коронарных артерий*
7.	36.13	Аортокоронарное шунтирование трех коронарных артерий*
8.	36.14	Аортокоронарное шунтирование четырех или более коронарных артерий*
9.	80.267	Артроскопические операции при гемофилии
10.	80.865	Прочее местное иссечение деструкции и повреждения сустава при гемофилии
11.	81.515	Полная замена бедренной кости при гемофилии
12.	81.516	Полная замена тазобедренного сустава при гемофилии
13.	81.526	Частичная замена тазобедренного сустава при гемофилии
14.	81.545	Полная замена колена при гемофилии
15.	83.755	Перемещение или трансплантация сухожилия при гемофилии
Перечень услуг/манипуляций подлежащих оплате по стоимости КЗГ основного диагноза с дополнительным возмещением затрат		
16.	39.7916	Эндоваскулярная химиоэмболизация первичных и вторичных метастатических опухолей различных локализаций
17.	39.7949	Химиоэмболизация печеночных артерий при гепатоцеллюлярной карциноме

18.	92.231	Конформная лучевая терапия
19.	92.241	Интенсивно-модулированная лучевая терапия опухолей различных локализаций
20.	92.242	Интенсивно-модулированная лучевая терапия (IMRT) злокачественных новообразований висцеральных органов грудной клетки, брюшной полости, малого таза и лимфом
21.	92.243	ЛТМИ -лучевая терапия с модуляцией (изменением) интенсивности (флюенса) внутри пучка во время облучения при раке молочной железы
22.	92.244	ЛТМИ -лучевая терапия с модуляцией (изменением) интенсивности (флюенса) внутри пучка во время облучения органов головы и шеи
23.	92.245	Интенсивности-модулированная лучевая терапия (IMRT) при раке женских гениталий
24.	92.246	Лучевая терапия, управляемая изображениями для опухолей отдельных локализаций
25.	92.247	Дистанционная лучевая терапия с использованием фотонов на линейном ускорителе
26.	92.202	Интерстициальная лучевая терапия (брахитерапия) локализованного рака предстательной железы
27.	92.201	Высокодозная брахитерапия рака предстательной железы
28.	99.25	Полихимиотерапия (онкология)
29.	99.2900	Лечение рефрактерных форм идиопатической тромбоцитопенической пурпуры иммуноглобулинами и моноклональными антителами
30.	99.2901	Комбинированная иммуно-супрессивная терапия апластической анемии у детей
31.	99.2902	Высокодозная химиотерапия гистицитоза из клеток Лангерганса (LCH – III)
32.	99.2903	Высокодозная химиотерапия заболеваний кроветворной системы
33.	99.0601	Введение наследственного фактора VIII при его дефиците
34.	99.0602	Введение наследственного фактора IX при его дефиците
35.	V06.573.008	Иммунофенотипирование "панель для миеломной болезни" в крови методом проточной цитофлуориметрии
36.	V06.574.008	Иммунофенотипирование "панель для острых лейкозов" в крови методом проточной цитофлуориметрии
37.	V06.576.008	Иммунофенотипирование "панель для хронических лейкозов/ лимфопролиферативных заболеваний" в крови методом проточной цитофлуориметрии
38.	V09.766.016	Молекулярно-цитогенетическое исследование с использованием ДНК-зондов (ФИШ-метод) клеток костного мозга (1 зонд)
39.	V09.767.016	Молекулярно-цитогенетическое исследование с использованием ДНК-зондов (ФИШ-метод) лимфоцитов периферической крови (1 зонд)
40.	V09.769.016	Молекулярно-цитогенетическое исследование с использованием ДНК-зондов (ФИШ-метод) цитологических препаратов, гистологических срезов (1 зонд)
41.	V09.800.017	Проведение HLA-типирования крови 2 класса молекулярно-генетический методом
42.	V09.799.017	Проведение HLA-типирования крови 1 класса молекулярно-генетический методом
43.	D92.320.024	Дистанционная лучевая терапия
44.	D92.320.025	Дистанционная лучевая терапия, РОД Гр
45.	D92.201.029	Внутриполостная гамматерапия (при раке шейки матки и прямой кишки), РОД 5Гр
46.	D92.060.023	Предлучевая топометрическая подготовка - центрация
47.	V06.660.011	Исследование блок-препарата опухолевой ткани иммуногистохимическим методом с использованием 1-4 маркеров
48.	V06.670.011	Исследование блок-препарата опухолевой ткани иммуногистохимическим методом с использованием 5-10 маркеров

49.	B06.671.011	Исследование блок-препарата опухолевой ткани иммуногистохимическим методом с использованием более 10 маркеров
50.	B06.667.011	Исследование чувствительности опухолевых клеток к заместительной терапии иммуногистохимическим методом
51.	B06.668.011	Исследование чувствительности опухолевых клеток к химиопрепаратам иммуногистохимическим методом
52.	B06.669.011	Исследование на лимфопролиферативные заболевания иммуногистохимическим методом (стандарт-панель)
53.	B06.673.011	Исследование лимфопролиферативных заболеваний иммуногистохимическим методом (расширенная панель)
54.	C04.010.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография перфузионная статическая головного мозга (3 проекции)
55.	C04.011.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография перфузионная динамическая головного мозга
56.	C04.001.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография статическая миокарда (3 проекции)
57.	C04.002.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография статическая скелета (1 проекция)
58.	C04.003.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография динамическая скелета (1 проекция)
59.	C04.004.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография статическая скелета - каждая последующая проекция
60.	C04.013.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография (сцинтиграфия динамическая гепатобилиарной системы)
61.	C04.014.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография (сцинтиграфия динамическая почек)
62.	C04.006.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография статическая щитовидной железы
63.	C04.012.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография (сцинтиграфия динамическая сердца)
64.	C04.001.010	Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) + компьютерная томография одной анатомической зоны
65.	C04.002.010	Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) + компьютерная томография всего тела
66.	B08.851.021	Исследование биопсийного материала методом иммунофлюоресцентной микроскопии
67.	B08.851.022	Исследование гистологического/цитологического материала методом электронной микроскопии
68.	B09.801.019	Диагностика орфанных заболеваний в крови методом масс-спектрометрии
69.	B09.802.019	Лекарственный мониторинг орфанных заболеваний методом масс-спектрометрии
70.	D39.955.703	Гемодиализ в условиях круглосуточного стационара
71.	D50.920.035	Альбуминовый диализ на аппарате искусственная печень - MARS (экстракорпоральное печеночное пособие)
72.	D54.980.704	Имплантация перитонеального катетера у взрослых
73.	D54.980.705	Имплантация перитонеального катетера у детей
74.	D54.985.728	Автоматизированный перитонеальный диализ с бикарбонатным буфером на уровне круглосуточного стационара (взрослые)
75.	D54.985.709	Автоматизированный перитонеальный диализ с бикарбонатным буфером на уровне круглосуточного стационара (дети)

76.	D54.986.710	Автоматизированный перитонеальный диализ с лактатным буфером на уровне круглосуточного стационара (взрослые)
77.	D54.985.725	Автоматизированный перитонеальный диализ с лактатным буфером на уровне круглосуточного стационара (дети)
78.	D54.985.718	Постоянный перитонеальный диализ с лактатным буфером на уровне круглосуточного стационара (взрослые)
79.	D54.985.719	Постоянный перитонеальный диализ с лактатным буфером на уровне круглосуточного стационара (дети)
80.	D54.985.720	Постоянный перитонеальный диализ с бикарбонатным буфером на уровне круглосуточного стационара (взрослые)
81.	D54.985.722	Постоянный перитонеальный диализ с бикарбонатным буфером на уровне круглосуточного стационара (дети)

Перечень основных кодов заболеваний по МКБ -10, при которых проводится оплата по стоимости КЗГ с дополнительным возмещением затрат

Ишемические инсульты с применением тромболитических препаратов

82.	I63.0	Инфаркт мозга, вызванный тромбозом прецеребральных артерий
83.	I63.1	Инфаркт мозга, вызванный эмболией прецеребральных артерий
84.	I63.2	Инфаркт мозга, вызванный неуточненной закупоркой или стенозом прецеребральных артерий
85.	I63.3	Инфаркт мозга, вызванный тромбозом мозговых артерий
86.	I63.4	Инфаркт мозга, вызванный эмболией мозговых артерий
87.	I63.5	Инфаркт мозга, вызванный неуточненной закупоркой или стенозом мозговых артерий
88.	I63.6	Инфаркт мозга, вызванный тромбозом вен мозга, непиогенный
89.	I63.8	Другой инфаркт мозга
90.	I63.9	Инфаркт мозга неуточненный

Острый инфаркт миокарда с подъемом ST с применением тромболитических препаратов

91.	I21.0	Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда
92.	I21.1	Острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда
93.	I21.2	Острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций
94.	I21.3	Острый трансмуральный инфаркт миокарда неуточненной локализации
95.	I21.9	Острый инфаркт миокарда неуточненный
96.	I22.0	Повторный инфаркт передней стенки миокарда
97.	I22.1	Повторный инфаркт нижней стенки миокарда
98.	I22.8	Повторный инфаркт миокарда другой уточненной локализации
99.	I22.9	Повторный инфаркт миокарда неуточненной локализации

Тромбоэмболия ветвей легочной артерии с применением тромболитических препаратов

100	I26.0	Легочная эмболия с упоминанием об остром легочном сердце
101	I26.9	Легочная эмболия без упоминания об остром легочном сердце

Циррозы и фиброзы печени

102	K70.2	Алкогольный фиброз и склероз печени
-----	-------	-------------------------------------

103	K70.3	Алкогольный цирроз печени
104	K71.7	Токсическое поражение печени с фиброзом и циррозом печени
105	K74.0	Фиброз печени
106	K74.1	Склероз печени
107	K74.2	Фиброз печени в сочетании со склерозом печени
108	K74.3	Первичный билиарный цирроз
109	K74.4	Вторичный билиарный цирроз
110	K74.5	Билиарный цирроз неуточненный
111	K74.6	Другой и неуточненный цирроз печени
Применение монооксида азота в лечении легочной гипертензии		
112	I27.0	Первичная легочная гипертензия
113	I27.8	Другие уточненные формы легочно-сердечной недостаточности
114	I27.9	Легочно-сердечная недостаточность неуточненная
Применение биологической терапии при болезни Крона и неспецифического язвенного колита		
115	K50.0	Болезнь Крона тонкой кишки
116	K50.1	Болезнь Крона толстой кишки
117	K50.8	Другие разновидности болезни Крона
118	K50.9	Болезнь Крона неуточненная
119	K51.0	Язвенный (хронический) энтероколит
120	K51.1	Язвенный (хронический) илеоколит
121	K51.2	Язвенный (хронический) проктит
122	K51.3	Язвенный (хронический) ректосигмоидит
123	K51.9	Язвенный колит неуточненный
Применение внутривенных иммуноглобулинов при миастении		
124	G70	Myasthenia gravis и другие нарушения нервно мышечного синапса

Применение внутривенных иммуноглобулинов и генно-инженерных биологических препаратов при мультисистемном воспалительном синдроме, ассоциированным с COVID-19 у детей и подростков

125	M35.8**	Другие уточненные системные поражения соединительной ткани
-----	---------	--

Приложение 14
к приказу "О внесении
изменений и дополнений в
приказ Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от 20 декабря 2020
года № ҚР ДСМ-291/2020
"Об утверждении правил оплаты
услуг субъектов
здравоохранения в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования"
Приложение 53
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения в
рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи и(или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования
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 КПП**:

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;

Подушевой норматив расходов на СИЗ на одного прикрепленного человека в месяц _____ тенге (Значение из справочника по КПН АПП согласно Приказа)

№ 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 расходы на СИЗ на одного прикрепленного человека;	
1.7.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе :	
1.7.1	за оказание консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя)	
1.7.2	услуги пенсионерам и членам семьи военнослужащих, правоохранительных и специализированных государственных органов	
1.7.3	медицинское обслуживание школьников в организациях образования	
1.7.4	услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта	
1.7.5	услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта	
1.7.6	услуги в травматологических пунктах	
1.7.7	услуги в кожно-венерологических диспансерах (и/или отделениях при многопрофильных больницах)	
1.7.8	услуги молодежных центров здоровья	
1.8.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне	
1.9.	оказание услуг по предотвращению распространения коронавируса COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19: диагностические исследования на выявление РНК вируса COVID-19 из биологического материала методом полимеразной цепной реакции	
1.10	надбавка к заработной плате медицинских работников, задействованных в противоэпидемических мероприятиях в рамках борьбы с коронавирусом COVID-19	
1.11	услуги мобильной бригады ПМСП	

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;

12) реестр по поощрению работников субъекта здравоохранения за оказание услуг по предотвращению распространения коронавируса COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19 по форме согласно приложению 12 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.

Приложение 2
к счету-реестру за оказание
медицинской помощи сельскому
населению
Форма

Расчет суммы,

предъявленной к оплате на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь период:

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

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

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

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

№ п/п	Индикаторы оценки деятельности	Плановый показатель**			Предъявлено к оплате***			
		Целевой показатель	Количество баллов	Сумма, тенге	Фактический показатель	Количество баллов	% достижения целевого показателя	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Итого		X			X			
1.	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП							
2.	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП							
3.	Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с 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 пенсионерам и членам семьи военнослужащих, правоохранительных и специализированных государственных органов			
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.		Услуги в травматологических пунктах			
5.1.					
5.2.					
5.		Услуги в кожно-венерологических диспансерах и/или отделениях при многопрофильных больницах			
6.1.					
6.2.					
6.		Медицинское обслуживание школьников в организациях образования			
7.1.					

7.2.				
7.	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	Оказание услуг молодежных центров здоровья			
10.1				
10.2				
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.

Приложение 5
к счету-реестру за оказание
медицинской помощи
поставщиком
сельскому населению
Форма

Реестр

консультативно-диагностических услуг, оказанных без привлечения соисполнителя* период

:

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

№ п/п	Полный код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6
1					
2					
	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 6
к счету-реестру за оказание
медицинской помощи
поставщиком
сельскому населению
Форма

Реестр консультативно-диагностических услуг оказанных с привлечением соисполнителя*

период:

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

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

П р и м е ч а н и е :

- * - 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

П р и м е ч а н и е :

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

Приложение 9
к счету-реестру за оказание
медицинской помощи
поставщиком сельскому
населению
Форма

Реестр по обеспечению лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина период:

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

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

2.				
	Итого			

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии))
/Подпись) (для документа на бумажном носителе)
Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Приложение 10
к счету-реестру за оказание
медицинской помощи
поставщиком сельскому
населению
Форма

Персонифицированный реестр выписанных больных, которым оказана специализированная медицинская помощи в форме стационарной и (или) стационарозамещающей медицинской помощи

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

Таблица №1: Оказание специализированной медицинской помощи в стационарозамещающих, стационарных условиях и на дому

№ п/п	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз Код МКБ-10	Основная операция Наименование	Основной заключительный диагноз		Основная операция		Исход. лечен
							Код МКБ -10	Наименование	Код МКБ -10	Наименование	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	Всего случаев по специализированной медицинской помощи _____, в том числе:										
1.1	итого стационарная помощь _____, в том числе:										
1.2	итого стационарозамещающая помощь _____, в том числе:										
1.3	итого 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

П р и м е ч а н и е :

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

Приложение 11
к счету-реестру за оказание
медицинской помощи
поставщиком сельскому
населению
Форма

Реестр по надбавкам к заработной плате медицинских работников, задействованных в противоэпидемических мероприятиях в рамках борьбы с коронавирусом COVID-19 *

Размер поощрения на одного работника за месяц: _____ тенге (в зависимости от групп риска)

№ п/п	Наименование отделения	Количество штатных единиц	Сумма поощрения, тенге
1-группа риска			
1			
2			
...			
2-группа риска			
1			
2			
...			
3-группа риска			
1			
2			
3			
	Всего		

* к таблице прилагается Информация о надбавки к заработной плате медицинских работников и водителей скорой медицинской помощи, задействованных в

противоэпидемических мероприятиях в рамках борьбы с коронавирусом COVID-19 по форме согласно приложению Правилам установления надбавок.

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 15
к приказу "О внесении
изменений и дополнений в
приказ Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от 20 декабря 2020
года № ҚР ДСМ-291/2020
"Об утверждении правил оплаты услуг
субъектов
здравоохранения в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования"
Приложение 60
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения в
рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи и(или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования
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 расходы на СИЗ на одного прикрепленного человека;						
1.7.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:						
1.7.1	за оказание консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя)						

1.7.2	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						
1.7.3	медицинское обслуживание школьников в организациях образования						
1.7.4	услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта						
1.7.5	услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта						
1.7.6	услуги в травматологических пунктах						
1.7.7	услуги в кожно-венерологических диспансерах (и/или отделениях при многопрофильных больницах)						
1.7.8	услуги молодежных центров здоровья						
1.8.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне						
1.9.	оказание услуг по предотвращению распространения коронавируса COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19: диагностические исследования на выявление РНК вируса COVID-19 из биологического материала методом полимеразной цепной реакции						
1.10	надбавки к заработной плате медицинских работников, задействованных в противоэпидемических мероприятиях в рамках борьбы с коронавирусом COVID-19						
1.11	услуги мобильной бригады ПМСП						

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 услуг/ численность	Сумма, тенге
1	2	3	4

1.	Реестр услуг, прошедших текущий мониторинг		
1.1.	за отчетный период		
1.2.	за прошедший период		
2.	Реестр услуг, прошедших целевой мониторинг		
2.1.	за отчетный период		
2.2.	за прошедший период		
3.	Реестр услуг, прошедших проактивный мониторинг		
3.1.	за отчетный период		
3.2.	за прошедший период		
4.	Реестр услуг, прошедших внеплановый мониторинг		
4.1.	за отчетный период		
4.2.	за прошедший период		
5.	Итого по результатам мониторинга качества и объема медицинской помощи		

Примечание:

*- В случае если, поставщик оказывает несколько видов медицинской помощи, финансируемых через информационную систему "Единая платежная система", тогда таблица №2 формируется отдельно для каждого вида помощи

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

№ п/п	Индикаторы конечного результата	Предъявлено к оплате					Принято к оплате
		Целевой показатель	Фактический показатель	Количество баллов	% достижения целевого показателя	Сумма, тенге	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
Итого							
1.	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП						
2.	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП						
3.	Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями						
4.	Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома						
5.	Своевременно диагностированный туберкулез легких						
	Впервые выявленные случаи злокачественного						

6.	новообразования визуальной локализации 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))

/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

к приказу "О внесении
изменений и дополнений в
приказ Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от 20 декабря 2020
года № ҚР ДСМ-291/2020
"Об утверждении правил оплаты услуг
субъектов
здравоохранения в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования"
Приложение 61
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения в
рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи и(или) в системе
обязательного социального
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: _____

т е н г е

Общая сумма выплаченного аванса: _____

т е н г е

Общая сумма выплаченного аванса в декабре: _____ тенге

Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): _____

т е н г е

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): _____

тенге

Таблица №1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание 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 расходы на СИЗ на одного прикрепленного человека;				
1.7.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:				
1.7.1	за оказание консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя)				
1.7.2	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				
1.7.3	медицинское обслуживание школьников в организациях образования				
1.7.4	услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта				
1.7.5	услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта				
1.7.6	услуги в травматологических пунктах				
1.7.7	услуги в кожно-венерологических диспансерах (и/или отделениях при многопрофильных больницах)				
1.7.8	услуги молодежных центров здоровья				

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: _____

_____ т е н г е ;

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

№ п/п	Наименование	Количество зараженных ВИЧ-инфекцией, зарегистрированных в ИС "ЭРОБ" на начало отчетного периода	Количество зараженных ВИЧ-инфекцией, взятых на учет		Количество зараженных ВИЧ-инфекцией, снятых с учета		Количество зараженных ВИЧ-инфекцией, зарегистрированных в ИС "ЭРОБ" на конец отчетного периода	Средне-списочная численность зараженных ВИЧ-инфекцией
			Всего	в том числе из других регионов	Всего	в том числе умершие		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Оказанная медико-социальная помощь ВИЧ-инфицированным и больным СПИД							
1.								
2.								

Таблица № 3. Расчет суммы, предъявленной к оплате за обеспечение антиретровирусными препаратами*

№ п/п	Наименование	Применение антиретровирусных препаратов	
		Количество зараженных ВИЧ-инфекцией	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 зараженных ВИЧ-инфекцией по форме согласно приложению 1 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи зараженным ВИЧ-инфекцией;

2) реестр оказанной медико-социальной помощи зараженным ВИЧ-инфекцией по тарифу на одно лицо, зараженное ВИЧ-инфекцией по форме согласно приложению 2 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи зараженным ВИЧ-инфекцией;

3) реестр оказанной медико-социальной помощи зараженным ВИЧ-инфекцией по тарифу на одно лицо из ключевых групп населения, обратившееся в дружественный кабинет по форме согласно приложению 3 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи зараженным ВИЧ-инфекцией;

4) реестр оказанных услуг при обследовании населения по поводу ВИЧ по форме согласно приложению 4 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи зараженным ВИЧ-инфекцией;

5) сводный реестр данных об обеспеченных рецептах антиретровирусных препаратов, подлежащих оплате по форме согласно приложению 5 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи зараженным ВИЧ-инфекцией;

Примечание:

* -источник данных - информационная система "Лекарственное обеспечение".

Приложение 1
к счету-реестру за оказание
медико-социальной помощи
зараженным ВИЧ-инфекцией
Форма

Реестр движения движения зараженных ВИЧ-инфекцией период:

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

Наименование поставщика)

№ п/п	Период (календарный день месяца)	Количество зараженных ВИЧ-инфекцией, зарегистрированных в ИС "ЭРОБ" на начало календарного дня месяца	Количество зараженных ВИЧ-инфекцией, взятых на учет		Количество зараженных ВИЧ-инфекцией, снятых с учета		Количество зараженных ВИЧ-инфекцией, зарегистрированных в ИС "ЭРОБ" на конец календарного дня месяца	Среднесписочная численность зараженных ВИЧ-инфекцией
			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
медико-социальной помощи
зараженным ВИЧ-инфекцией
Форма

Реестр оказанной медико-социальной помощи зараженным ВИЧ-инфекцией по тарифу на одно лицо, зараженное ВИЧ-инфекцией 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
медико-социальной помощи
зараженным ВИЧ-инфекцией
Форма

Реестр оказанной медико-социальной помощи зараженным ВИЧ-инфекцией по тарифу на одно лицо из ключевых групп населения, обратившееся в дружественный кабинет

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
медико-социальной помощи
зараженным ВИЧ-инфекцией

Форма

Реестр оказанных услуг при обследовании населения по поводу ВИЧ

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 5
к счету-реестру за оказание
медико-социальной помощи
зараженным ВИЧ-инфекцией
Форма

**Сводный реестр данных об обеспеченных рецептах антиретровирусных препаратов,
подлежащих оплате* период:**

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

(Наименование поставщика)

№ п/п	№ и дата обеспеченного рецепта	Международное непатентованное наименование	Торговое наименование	Форма выпуска, дозировка	Единица измерения	Цена за единицу измерения (тенге) **	Количество в единице измерения	Сумма (тенге) (гр.7 * гр8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Итого сумма оплаты _____ тенге. (прописью)

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.

Приложение 18
к приказу "О внесении
изменений и дополнений

в приказ Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от 20 декабря 2020
года № ҚР ДСМ-291/2020
"Об утверждении правил оплаты
услуг субъектов
здравоохранения в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования"
Приложение 83
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения в
рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи и(или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования
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 _____.

Таблица. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание услуг по заготовке, переработке, хранению и реализацию крови и ее компонентов, производству препаратов крови.

№	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;

К данному счету-реестру прилагается реестр оказанных услуг по заготовке, переработке, хранению и реализации крови и ее компонентов, производству препаратов кров

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 реализации 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:				

Приложение 19
к приказу "О внесении
изменений и дополнений
в приказ Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от 20 декабря 2020
года № ҚР ДСМ-291/2020
"Об утверждении правил оплаты
услуг субъектов
здравоохранения в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования"

Приложение 84
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения в
рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи и(или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования

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	Виды 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: _____ / _____

(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 20
к приказу "О внесении
изменений и дополнений
в приказ Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от 20 декабря 2020
года № ҚР ДСМ-291/2020
"Об утверждении правил оплаты
услуг субъектов
здравоохранения в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования"

Приложение 85
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения в
рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи и(или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования
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:

3. удержанная сумма: _____ тенге, из них:

3.1 по результатам мониторинга качества и объема: _____ тенге;

3.2 по услугам вне договора _____ тенге;

4. 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) (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)

© 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан»
Министерства юстиции Республики Казахстан