

**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 29 апреля 2022 года № ҚР ДСМ -38. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 3 мая 2022 года № 27857

**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:

пункт 3 изложить в следующей редакции:

"3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.";

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

подпункты 35) и 37) пункта 2 исключить;

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) разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности.";

пункты 50-1 и 78 исключить;

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, производится дополнительно к стоимости пролеченного случая по тарифу.";

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 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 десятого пересмотра 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.";
- дополнить пунктом 99-2 следующего содержания:

"99-2. Оплата за оказание услуг по проведению селективного скрининга на наследственные болезни обмена методом тандемной масс-спектрометрии при лечении новорожденных с подозрением на наследственные болезни обмена осуществляется дополнительно к стоимости пролеченного случая по тарифу.";

пункты 100 и 101 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) за применение монооксида азота в лечении легочной гипертензии (с учетом стоимости газовой смеси) – по тарифу;

5) 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;

б) за проведение ультра гемофильтрации при тяжелых случаях лечения – по тарифу.

101. Оплата за один пролеченный случай стационара на дому при оказании услуг по предотвращению распространения коронавирусной инфекции COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусной инфекцией COVID-19 осуществляется по тарифу 1 /6 (одной шестой) от тарифа за один пролеченный случай по КЗГ легкой или средней степени с учетом коэффициента затратоемкости медицинской помощи в стационарных условиях.";

дополнить пунктами 108-1 и 108-2 следующего содержания:

"108-1. В счет-реестр за оказание медицинской помощи в стационарных и стационарозамещающих условиях за январь текущего финансового года включаются случаи, начало оказания медицинской помощи по которым начато в предыдущем финансовом году и завершено в текущем финансовом году.

108-2. Оплата за оказанные услуги в рамках ГОБМП в соответствии с договором закупа услуг, не принятые к оплате в течение действия договора закупа услуг в связи с проведением мониторинга качества и объема, а также не вошедшие в счет-реестр с 1 декабря года, в котором действует договор закупа услуг, до даты окончания срока

действия договора закупа услуг, производится в году, следующем за годом действия договора закупа услуг.

При этом, сумма за услуги в рамках ГОБМП, оказанные в декабре предыдущего года, не превышает сумму среднемесячного фактического исполнения по принятой к оплате сумме за 11 месяцев предыдущего финансового года.";

дополнить пунктами 129-1 и 129-2 следующего содержания:

"129-1. В счет-реестр за оказание медицинской помощи в стационарных и стационарозамещающих условиях за январь текущего финансового года включаются случаи, начало оказания медицинской помощи по которым начато в предыдущем финансовом году и завершено в текущем финансовом году.

129-2. Оплата за оказанные услуги в рамках ГОБМП в соответствии с договором закупа услуг, не принятые к оплате в течение действия договора закупа услуг в связи с проведением мониторинга качества и объема, а также не вошедшие в счет-реестр с 1 декабря года, в котором действует договор закупа услуг, до даты окончания срока действия договора закупа услуг, производится в году, следующем за годом действия договора закупа услуг.

При этом, сумма за услуги в рамках ГОБМП, оказанные в декабре предыдущего года, не превышает сумму среднемесячного фактического исполнения по принятой к оплате сумме за 11 месяцев предыдущего финансового года.";

пункт 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.";

дополнить пунктом 148-1 следующего содержания:

"148-1. В счет-реестр за оказание медицинской помощи в стационарных и стационарозамещающих условиях за январь текущего финансового года включаются случаи, начало оказания медицинской помощи по которым начато в предыдущем финансовом году и завершено в текущем финансовом году.";

пункт 220 изложить в следующей редакции:

"220. Оплата поставщикам за оказание услуг патологоанатомического вскрытия и патологоанатомической диагностики (далее – ПАБ) на основании договора закупа услуг на оказание патологоанатомической диагностики (далее – договор ПАБ) осуществляется забор биологического материала и его гистологическое,

цитологическое и иные исследования, в том числе проводимые прижизненно, за исключением услуг, которые оплачиваются в стоимости пролеченного случая по медико-экономическим тарифам и клинико-затратным группам (за исключением пролеченных случаев по кодам МКБ-10: С00-С80, С97, D00-D09, D37-D44, D48).";

приложения 3, 4, 9, 10, 11, 16, 17, 53, 54, 55, 60, 61 и 78 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложениям 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 и 13 к настоящему приказу.

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

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

2) 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 и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 февраля 2022 года.

*Министр здравоохранения  
Республики Казахстан*

*А. Финият*

Приложение 1 к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 29 апреля 2022 года

№ ҚР ДСМ -38

Приложение 3  
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 скорой медицинской помощи период  
с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года**





	расчетном счете							X			
0В	Поступление средств, всего :		X					X		X	
	в том числе :	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1.	Оказание скорой медицинской помощи всего :		X					X		X	
1.1.	Скорой медицинской помощи		X					X		X	
1.2.	Проведение тромболизисной терапии		X					X		X	
2.	Оказание медицинской помощи по договору		X							X	















6.1.	Командировки и служебные разъезды внутри страны															
а)	в том числе на повышение квалификации и переподготовку кадров в организациях здравоохранения															
6.2.	Командировки и служебные разъезды за пределы страны															
	в том числе на повышение															

а)	е квали фика ции и переп одгот овку кадро в орган изаци й здрав оохра нени я															
6.3.	Проч и е теку щие затра ты															
7.	Лизи нгов ы е плате жи															
II	ПРИ ОБРЕ ТЕН ИЕ ОСН ОВН ЫХ СРЕ ДСТ В															

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



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

Базовый подушевой норматив на расчетную численность городского населения, прикрепленную в медицинской организации ПМСП, подлежащей разукрупнению \_\_\_\_\_ тенге

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 разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности	
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.	дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на	

	онкологические заболевания по направлению специалиста (КТ, МРТ)	
1.7.7.	услуги в травматологических пунктах	
1.7.8.	услуги в кожно-венерологических диспансерах (и, или отделениях при многопрофильных больницах)	
1.7.9	услуги в республиканских организациях здравоохранения	
1.7.10	услуги молодежных центров здоровья	
1.8.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне	
1.9.	оказание услуг по предотвращению распространения коронавирусной инфекции 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.	услуги мобильной бригады ПМСП	
1.11.	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;

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	Численнос т ь прикрепле нного населения	Количество прикрепленного населения		Количество открепленного населения			Численнос т ь прикрепле нного населения
				в т.ч. по причинам			

	на начало отчетного периода	Итого	в т.ч. по свободном у выбору	Итого	отказ по свободном у выбору	смерть	выезд	на конец отчетного периода
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								

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

№ п п	Возраст	И т о г о 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 или 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**

**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 или 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 и острыми респираторными инфекциями							
4.	Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после							

	выписки и 3 роддома							
5.	Своевре нно диагности рованный туберкулез легких							
6.	Впервые выявленн ые случаи злокачеств енного новообраз ования визуально й локализац ий 0-1 стадии, за исключен ие м злокачеств енных новообраз ований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленн ые случаи: рака молочной железы 0- 2 а (T0- T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1- T2N0M0)							
7.	Уровень госпитали зации больных с осложнени ями заболеван ий сердечно-с							

	осудистой 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



**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 4 к приказу  
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 расходы на разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности			
1.7.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи			
1.8.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне			
1.9.	оказание услуг по предотвращению распространения коронавирусной инфекции 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	услуги мобильной бригады ПМСП			
1.11	дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (ПЭТ)			
1.12	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 5 к приказу  
 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



	в том числе:	X		X	X	X	X	X	X	X	X
1.	Оказан и е амбулаторно-поликлинической помощи всего:	X		X	X	X	X	X	X	X	X
2.	на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медицинскую санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки	X		X	X	X	X	X	X	X	X
3.	обеспечение лечебными низкобелковыми и продуктами и продуктами с	X		X	X	X	X	X	X		X



7.	включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи	X		X	X	X	X	X	X	X
8	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне	X		X	X	X	X	X	X	X
	оказание услуг по предотвращению распространения коронавирусной инфекции и COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом									





	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								

	нский персонал										
г)	прочий персонал		X								
1.2.	Дополнительные денежные выплаты (премии и дифференцированная оплата, единовременное пособие к отпуску, материальная помощь)		X								
	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								

	нский персонал										
г)	прочий персонал		X								
1.2.1.	Дифференцированная оплата		X								
	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								
1.2.2.	Стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта		X								

	а здрaвоо хранен ия, оказыва ющего первич ной медико - санитар ной помощ и										
	в том числе:	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
а)	врачебн ый персона л и провиз оры		X								
б)	средни й медици нский и фармац евтичес кий персона л		X								
в)	прочий персона л		X								
1.2.3.	Стимул ирован ие работн иков участко вой службы в работе по програ мме управле ния заболе ваниями и (или) по		X								





5.	адаптированные заменители грудного молока		X								
6.	Коммунальные и прочие услуги, всего:		X								
6.1.	Оплата коммунальных услуг		X								
	в том числе:	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
а)	за горячую, холодную воду, канализацию		X								
б)	за газ, электроэнергию		X								
в)	за теплоэнергию		X								
г)	оплата услуг связи		X								
6.2.	Прочие услуги и работы		X								
	в том числе:	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
а)	на повышение квалификации и переподготовку		X								





а)	переподготовка кадров организаций здравоохранения	X								
7.2.	Командировки и служебные разъезды за пределы страны	X								
а)	в том числе на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения	X								
7.3.	Прочие текущие затраты	X								
8.	Лизинговые платежи	X								
II	ПРИБОРИ И ОСНОВНЫЕ СРЕДСТВА	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 6 к приказу  
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
	ВСЕГО за оказание						

1.	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 и продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина						
1.4.	сумма на оказание неотложной медицинской помощи						
	за проведение						

1.5.	скринингов ы х осмотров на раннее выявление злокачестве н н ы х заболеваний						
1.7.	За расходы н а разукрупне н и е субъектов ПМСП для обеспечения доступност и						
1.8.	за оказание консультати вно-диагнос тических услуг, не включенны х в комплексны й подушевой норматив на оказание амбулаторн о-поликлин ической помощи, в том числе:						
1.8.1.	за оказание консультати вно-диагнос тических услуг ( комплекс КДУ на 1 жителя)						
1.8.2.	услуги пенсионера м и членам семьи военнослуж а щ и х , правоохран ительных и специализи рованных государстве						

	н н ы х органов						
1.8.3.	медицинско е обслуживан и е школьников в организация х образования						
1.8.4.	услуги передвижны х медицински х комплексов на базе специальног о автотранспо рта						
1.8.5.	услуги передвижны х медицински х комплексов на базе железнодоро жного транспорта						
1.8.6.	дорогостоя щие виды диагностиче с к и х исследован ий для пациентов с подозрени м на онкологиче с к и е заболевания п о направлени ю специалиста (КТ, МРТ)						
1.8.7.	услуги в травматолог ических 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 сной инфекции COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19 : диагностические исследования на выявление РНК вируса						

	COVID-19 и 3 биологического материала методом полимеразной цепной реакции						
1.11.	услуги мобильной бригады ПМСП						
1.12.	дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (ПЭТ)						

**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 или 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	Фактически й показатель	Количество баллов	% достижения целевого показателя	Сумма, тенге	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Итого</b>							
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 осложнениями и острыми						

	респираторными инфекциями						
4.	Охват патронажными и посещениями и новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома						
5.	Своевременное диагностированный туберкулез легких						
6.	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования и визуальной локализации 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (Т0-Т2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (Т1-Т2N0M0)						

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

**Таблица № 4. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание оказанных услуг патологоанатомической диагностики.**

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

**Таблица № 5. Расчет иных выплат и вычетов**

	Назначение (причины)	Выплаты		Вычеты	

№ п п	В и д ы медицинской помощи	выбранные из справочника при внесении Иных вычетов и выплат)	количество	сумма	количество	сумма
1	2	3	4	5	6	7
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)  
Ознакомлен (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 7 к приказу  
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: \_\_\_\_\_ тенге  
 Общая сумма выплаченного аванса: \_\_\_\_\_ тенге  
 Общая сумма выплаченного аванса в декабре: \_\_\_\_\_ тенге  
 Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_ тенге  
 Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_ тенге

**Таблица № 1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание 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 или кол-во услуг	сумма, тенге	численность населения или 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 разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности				
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)				
	услуги пенсионерам и членам семьи				

1.7.2.	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.	дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (КТ, МРТ)				
1.7.7.	услуги в травматологических пунктах				
1.7.8.	услуги в кожно-венерологических диспансерах (и, или отделениях при многопрофильных больницах)				
1.7.9	услуги в республикански				





1	2	3	4	5	6	7	8
Итого							
1.	Материнская смертность, предотвращенная на уровне ПМСП						
2.	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвращенная на уровне ПМСП						
3.	Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными и острыми респираторными инфекциями						
4.	Охват патронажными и посещениями и новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома						
5.	Своевременно диагностированный туберкулез легких						
	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования						

6.	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 и больных с осложнениями и 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 патологоанатом				

	ической 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 и вычетов

№ п п	Виды медицинской помощи	Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов и выплат)	Выплаты		Вычеты	
			количество	сумма	количество	сумма
1	2	3	4	5	6	7
1.						
2.						
	Итого					

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

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

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

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

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

2.1 выплаты: \_\_\_\_\_ тенге,

2.2 вычеты: \_\_\_\_\_ тенге.

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса: \_\_\_\_\_ тенге;

Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит к удержанию в следующий период: \_\_\_\_\_ тенге;

Итого начислено к перечислению: \_\_\_\_\_ тенге.

Заказчик : _____ _____ (наименование заказчика) Адрес: _____ _____ БИН: _____ _____	Поставщик: _____ _____ (наименование поставщика) Адрес: _____ _____ БИН: _____ _____
---	--

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

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

Приложение 8 к приказу  
 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 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 КПП\*\*:

Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности;

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

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

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

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

Сумма на оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи на 1-го жителя в месяц \_\_\_\_\_ тенге;

Комплексный подушевой норматив на сельское население в расчете на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "Регистр прикрепленного населения", в месяц: \_\_\_\_\_ тенге, в том числе:

гарантированный компонент комплексного подушевого норматива на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "Регистр прикрепленного населения" к субъекту первичной медико-санитарной помощи, в месяц \_\_\_\_\_ тенге; сумма стимулирующий компонент подушевого норматива на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "Регистр прикрепленного населения" к субъекту в месяц \_\_\_\_\_ тенге.

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

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

№ п п	Наименование	Предъявлено к оплате (тенге)
1	2	3
1.	Всего за оказание медицинской помощи прикрепленному населению, в том числе:	
1.1.	за оказание медицинской помощи:	
1.1.1.	за оказание специализированной медицинской помощи	
1.1.2.	з а о к а з а н и е амбулаторно-поликлинической помощи:	
1.2	на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки	

1.3.	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина	
1.4.	сумма на оказание неотложной медицинской помощи	
1.5.	за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний	
1.6.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:	
1.6.1.	за оказание консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя)	
1.6.2.	услуги пенсионерам и членам семьи военнослужащих, правоохранительных и специализированных государственных органов	
1.6.3.	медицинское обслуживание школьников в организациях образования	
1.6.4.	услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта	
1.6.5.	услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта	
1.6.6.	услуги в травматологических пунктах	
1.6.7.	услуги в кожно-венерологических диспансерах (и, или отделениях при многопрофильных больницах)	
1.6.8.	услуги молодежных центров здоровья	
1.7.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне	
1.8.	оказание услуг по предотвращению распространения коронавирусной инфекции 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.	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;

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 или 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 или 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						
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 и острыми респираторными инфекциями							
4.	Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после							

	выписки и 3 роддома							
5.	Своевре нно диагности рованный туберкулез легких							
6.	Впервые выявленн ые случаи злокачеств енного новообраз ования визуально й локализац ий 0-1 стадии, за исключен ие м злокачеств енных новообраз ований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленн ые случаи: рака молочной железы 0- 2 а (T0- T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1- T2N0M0)							
7.	Уровень госпитали зации больных с осложнени ями заболеван ий сердечнос							

	осудистой 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

Примечание:

- \* - данные формируются на основании данных, внесенных поставщиком в МИС;
- \*\* - итоговая сумма не влияет на оплату за отчетный период.

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

**Реестр вызовов неотложной медицинской помощи 4 категории срочности\* период: с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года**

№ п п	ИИН	Наименование услуги	Количество
1	2	3	4
1.			
2.			
	Итого		

Руководитель поставщика  
(уполномоченное должностное лицо):

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

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)  
Подпись) (для документа на бумажном носителе)  
Место печати (при наличии) (для документа на бумажном носителе)  
Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Примечание:

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

Приложение 9  
к счету-реестру за оказание

**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	№ медици	Дата госпита	Основн о й заключ ительн ы й диагноз	Основн а я операц и я	Основной заключительный диагноз		Основная операция		Исход лечения

		нской карты	лизици и	Дата выписки	Код МКБ-10	Наименование	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

Примечание:

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

Приложение 9 к приказу  
Приложение 54  
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 медицинской помощи субъектом села**  
период с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_ года по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_ года

(Наименование поставщика)

№ п п	Наименование услуги	Источники дохода, тыс.тенге		
		всего	за счет бюджетных средств	за счет внебюджетных средств
1	2	3	4	5

1.	Доход за отчетный период, всего			
	в том числе:			
1.1.	за оказание медицинской помощи:			
1.1.1.	за оказание специализированной медицинской помощи			
1.1.2.	за оказание амбулаторно-поликлинической помощи :			
1.2	на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки			
1.3.	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина			
1.4.	сумма на оказание неотложной медицинской помощи			
1.5.	за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний			
1.6.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой			

	норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи			
1.7.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне			
1.8.	оказание услуг по предотвращению распространения коронавирусной инфекции 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.	услуги мобильной бригады ПМСП			
1.10.	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 10 к приказу  
 Приложение 55  
 к Правилам оплаты услуг  
 субъектов здравоохранения  
 в рамках гарантированного  
 объема бесплатной медицинской











<p>1.9. вирусной инфекции и COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19: диагностика исследования на выявление РНК вируса COVID-19 из биологического материала методом полимеразной цепной реакции</p>										
<p>1.10. услуги мобильной бригады ПМСП</p>										
<p>1.11. Другие (указать)</p>										
<p>Оказание медицинской</p>										



















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

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

---

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

---

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

(для документа на бумажном носителе)

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

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

Приложение 11 к приказу  
Приложение 60  
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 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 и продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина						
1.4.	сумма на оказание неотложной медицинской помощи						
1.5.	за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественности						

	н н ы х заболеваний						
1.6.	за оказание консультати вно-диагнос тических услуг, не включенны х в комплексны й подушевой норматив на оказание амбулаторн о-поликлин ической помощи, в том числе:						
1.6.1.	за оказание консультати вно-диагнос тических услуг ( ( комплекс КДУ на 1 жителя)						
1.6.2.	услуги участникам, инвалидам Великой Отечествен ной войны и лицам, приравненн ым к ним, оказываемы е в специализи рованных организация х здравоохран ения или организация х здравоохран ения, определенн ы х местными органами государстве						

	нного управления здравоохран ением						
1.6.3.	медицинско е обслуживан и е школьников в организация х образования						
1.6.4.	услуги передвижны х медицински х комплексов на базе специальног о автотранспо рта						
1.6.5.	услуги передвижны х медицински х комплексов на базе железнодоро жного транспорта						
1.6.6.	услуги в травматолог ических пунктах						
1.6.7.	услуги в кожно-вене рологическ и х диспансерах (и, или отделениях п р и многопрофи льных больницах)						
1.6.8.	услуги молодежны						



	х центров здоровья						
1.7.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне						
1.8.	оказание услуг по предотвращению распространения коронавируса с новой инфекции COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19 : диагностические исследования на выявление РНК вируса COVID-19 и з биологического материала методом полимеразной цепной реакции						
1.9	услуги мобильной бригады ПМСП						

**Таблица № 2. Расчет суммы к оплате с учетом мониторинга качества и объема медицинской помощи сельскому населению**

№ п п	Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично

	Код или наименование перечня	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	Фактически показатель	Количество баллов	% достижения целевого показателя	Сумма, тенге	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
Итого							
1.	Материнская смертность, предотвращенная 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 и острыми респираторными инфекциями						
4.	Охват патронажными и посещениями и новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома						
5.	Своевременное диагностированный туберкулез легких						
6.	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализации 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований						

	молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (Т0-Т2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (Т1 - Т2N0M0)						
7.	Уровень госпитализации и больных с осложнениями и заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)						
8.	Обоснованные жалобы						

**Таблица № 4. Сумма иных выплат и вычетов**

№ п п	В и д ы медицинской помощи	Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов и выплат)	Выплаты		Вычеты	
			количество	сумма	количество	сумма
1	2	3	4	5	6	7
1.						
2.						
	Итого					

Всего предъявлено к оплате \_\_\_\_\_ тенге;

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

Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо):

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

Должностные лица заказчика:

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

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

Ознакомлен (уполномоченное должностное лицо поставщика):

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

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

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

Приложение 12 к приказу  
Приложение 61  
к Правилам оплаты услуг  
субъектов здравоохранения  
в рамках гарантированного  
объема бесплатной медицинской  
помощи и (или) в системе  
обязательного социального  
медицинского страхования

**Акт оказанных услуг за оказание медицинской помощи сельскому населению**  
№ \_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года период с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года  
по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года по Договору № \_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

Наименование поставщика : \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

**Таблица № 1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание медицинской помощи  
прикрепленному населению**

№ п п	Наименование	Предъявлено к оплате		Принято к оплате	
		численность населения или кол-во услуг	сумма, тенге	численность населения или 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 злокачественны х заболеваний				
1.6.	за оказание консультативно- диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-по ликлинической помощи, в том числе:				
1.6.1.	за оказание консультативно- диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя)				
1.6.2.	услуги участникам, инвалидам Великой Отечественной войны и лицам, приравненным к н и м , оказываемые в специализирова н н ы х организациях здравоохранения и л и организациях здравоохранения , определенных местными органами государственног				

	о управления здравоохранени ем				
1.6.3.	медицинское обслуживание школьников в организациях образования				
1.6.4.	услуги передвижных медицинских комплексов на б а з е специального автотранспорта				
1.6.5.	услуги передвижных медицинских комплексов на б а з е железнодорожно го транспорта				
1.6.6.	услуги в травматологичес ких пунктах				
1.6.7.	услуги в кожно-венероло гических диспансерах (и, или отделениях п р и многопрофильн ых больницах)				
1.6.8.	услуги молодежных центров здоровья				
1.7.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа н а амбулаторном уровне				
	оказание услуг п о предотвращени ю распространения коронавирусной инфекции COVID-19 и (				



1.8.	или) лечению больных с коронавирусом COVID-19: диагностические исследования на выявление РНК вируса COVID-19 и з биологического материала методом полимеразной цепной реакции				
1.9.	услуги мобильной бригады ПМСП				

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

№ п п	Индикаторы оценки деятельности	Предъявлено к оплате					Принято к оплате
		Целевой показатель	Фактически й 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 осложнениями						

	острыми респираторными инфекциями						
4.	Охват патронажными и посещениями и новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома						
5.	Своевременное диагностированный туберкулез легких						
6.	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования и визуальной локализации 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (Т0-Т2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (Т1-Т2N0M0)						

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

**Таблица № 3. Сумма иных выплат и вычетов**

№ п п	Виды медицинской помощи	Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов и выплат)	Выплаты		Вычеты	
			количество	сумма	количество	сумма
1	2	3	4	5	6	7
1.						
2.						
	Итого					

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

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

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

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

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

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

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

2.1. выплаты: \_\_\_\_\_ тенге,

2.2 вычеты: \_\_\_\_\_ тенге

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса: \_\_\_\_\_ тенге;

Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит к удержанию в следующий период: \_\_\_\_\_ тенге;

Итого начислено к перечислению: \_\_\_\_\_ тенге.

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

Заказчик : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (наименование заказчика)  
 Адрес: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 БИН: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ИИК: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 БИК: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (наименование бенефициара)  
 КБЕ: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Руководитель: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество  
 (при его наличии) подпись)  
 (для акта на бумажном носителе)  
 Место печати (при наличии)  
 (для акта на бумажном носителе)

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

Приложение 13 к приказу  
 Приложение 78  
 к Правилам оплаты услуг  
 субъектов здравоохранения  
 в рамках гарантированного  
 объема бесплатной медицинской  
 помощи и(или) в системе  
 обязательного социального  
 медицинского страхования

**Акт оказанных услуг за оказание медико-социальной помощи зараженным  
 ВИЧ-инфекцией № \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года период  
 с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
 по Договору № \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года**

Источник финансирования: \_\_\_\_\_  
 Наименование поставщика: \_\_\_\_\_  
 Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_  
 Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_  
 Общая сумма Договора: \_\_\_\_\_ тенге  
 Общая сумма выплаченного аванса: \_\_\_\_\_ тенге

Общая сумма выплаченного аванса в декабре: \_\_\_\_\_ тенге  
 Общая сумма оплаченных (оказанных) услуг \_\_\_\_\_ тенге  
 Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_ тенге  
 Комплексный тариф в месяц: \_\_\_\_\_ тенге

**Таблица № 1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание медико-социальной помощи зараженным ВИЧ-инфекцией**

№ п п	Наименование	Предъявлено к оплате, тенге		Принято к оплате, тенге	
		количество	сумма	количество	сумма
1	2	3	4	5	6
1.	Всего за оказание медико-социальной помощи зараженным ВИЧ-инфекцией, в том числе:				
1.1.	по тарифу на одно лицо, зараженное ВИЧ-инфекцией;				
1.2.	по тарифу на одно лицо из ключевых групп населения, обратившееся в дружественный кабинет				
1.3.	по тарифу на обследование населения по поводу ВИЧ				
1.4.	за обеспечение антиретровирусными препаратами				

**Таблица № 2. Сумма иных выплат и вычетов**

№ п п	Виды медицинской помощи	Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов и выплат)	Выплаты		Вычеты	
			количество	сумма	количество	сумма
1	2	3	4	5	6	7

1.						
2.						
	Итого					

Всего принято к оплате: \_\_\_\_\_ тенге, в том числе:  
удержанная сумма: \_\_\_\_\_ тенге, из них:  
1.1. по результатам мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_ тенге;  
1.2. за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом,  
не прошедшие мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_ тенге;  
1.3. за пролеченные случаи прошедшего периода с непредотвратимым летальным  
исходом, прошедшие мониторинга качества и объема в отчетном периоде: \_\_\_\_\_ тенге;  
2. сумма снятая: \_\_\_\_\_ тенге, принятая: \_\_\_\_\_ тенге, в том числе:  
2.1. выплаты: \_\_\_\_\_ тенге,  
2.2. вычеты: \_\_\_\_\_ тенге.  
Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса: \_\_\_\_\_ тенге;  
Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит к удержанию в следующий  
период: \_\_\_\_\_ тенге;  
Итого начислено к перечислению: \_\_\_\_\_ тенге;

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

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