

**О внесении изменений и дополнения 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 и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 сентября 2022 года № ҚР ДСМ-97. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 15 сентября 2022 года № 29607

      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 дополнение:

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

      пункт 4 изложить в следующей редакции:

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

      Мониторинг качества и объема проводится согласно приказу исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-321/2020 "Об утверждении Правил проведения мониторинга исполнения условий договора закупа медицинских услуг у 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 № 21904).

      По результатам мониторинга качества и объема выявляются дефекты оказания медицинской помощи, являющиеся основанием для применения штрафных санкций путем уменьшения фондом суммы, подлежащей оплате поставщику, в соответствии с единым классификатором дефектов по видам медицинской помощи и видам медицинской деятельности (далее – Единый классификатор дефектов), кроме кода дефекта 2.0 "Дефекты оформления медицинской документации" с поддефектами, при выявлении которых применяется неустойка.";

      пункт 8 изложить в следующей редакции:

      "8. Фонд по согласованию с поставщиком осуществляет авансовую (предварительную) оплату в следующих случаях:

      1) при заключении договора закупа услуг или дополнительного соглашения при размещении объемов услуг в размере не более 30 (тридцати) процентов от суммы договора закупа услуг, с последующим удержанием суммы, выплаченной авансовой (предварительной) оплаты, согласно графику ее удержания;

      2) в размере не более 70 (семидесяти) процентов от плановой суммы на декабрь месяц, но не более суммы остатка по договору закупа услуг с учетом суммы аванса, подлежащей удержанию в декабре;

      3) на период действия чрезвычайного положения, а также на период осуществления мероприятий в рамках борьбы с коронавирусной инфекцией COVID-19 на всей территории Республики Казахстан при заключении договора закупа услуг или дополнительного соглашения при размещении объемов услуг в размере не более 50 (пятидесяти) процентов от суммы договора закупа услуг, с последующим удержанием суммы, выплаченной авансовой (предварительной) оплаты, согласно графику ее удержания;

      4) при оказании услуг по трансплантации костного мозга (далее – ТКМ) с привлечением зарубежного донора в размере не более 50 (пятидесяти) процентов от суммы договора.";

      пункт 38 изложить в следующей редакции:

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

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

      2) за проведение тромболитической терапии – по фактической (закупочной) стоимости препарата, не превышающей ее предельную стоимость, в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-247/2020 "Об утверждении правил регулирования, формирования предельных цен и наценки на лекарственные средства, а также медицинские изделия в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21766) и приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 августа 2021 года № ҚР ДСМ-77 "Об утверждении предельных цен на торговое наименование лекарственных средств и медицинских изделий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 23886);

      3) на выплату доплат за работу в противоэпидемических мероприятиях в рамках борьбы с коронавирусной инфекцией COVID-19 и риск ее заражения – за фактически отработанные смены при наличии одного и более пациентов с подтвержденным диагнозом коронавирусной инфекции COVID-19 по размерам, предусмотренным постановлением Правительства Республики Казахстан от 31 декабря 2015 года № 1193 "О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий".";

      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;

      5) проведение скрининговых исследований для дополнительных целевых групп лиц, из числа сельского населения в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-174/2020 "Об утверждении целевых групп лиц, подлежащих скрининговым исследованиям, а также правил, объема и периодичности проведения данных исследований" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21572) и приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 апреля 2022 года № ҚР ДСМ-37 "Об утверждении Правил оказания специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 27833).";

      пункт 72 изложить в следующей редакции:

      "72. Оплата услуг по проведению профилактических медицинских осмотров и скрининговых исследований, определенных согласно приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-264/2020 "Об утверждении правил, объема и периодичности проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, включая детей дошкольного, школьного возрастов, а также учащихся организаций технического и профессионального, послесреднего и высшего образования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21820) и приказа исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-174/2020 "Об утверждении целевых групп лиц, подлежащих скрининговым исследованиям, а также правил, объема и периодичности проведения данных исследований" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21572), осуществляется при завершении профилактического осмотра и скрининговых исследований по каждому виду, за исключением профилактических осмотров обучающихся организаций среднего образования, не относящихся к интернатным организациям, а также скрининговых исследований для дополнительных целевых групп лиц, из числа сельского населения.";

      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 алқа", "Күміс алқа", неработающих лиц, осуществляющих уход за ребенком с инвалидностью, неработающих лиц, осуществляющих уход за лицом с инвалидностью первой группы, производится дополнительно к стоимости пролеченного случая по тарифу.";

      наименование главы 14 изложить в следующей редакции:

      "Глава 14. Возмещение затрат за лечение пациента с привлечением и без привлечения зарубежных специалистов";

      пункт 242 изложить в следующей редакции:

      "242. Оплата услуг за оказание медицинской помощи в условиях отечественных медицинских организаций пациенту с привлечением зарубежных специалистов по основаниям в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 мая 2021 года № ҚР ДСМ-45 "Об утверждении правил направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж и (или) привлечения зарубежных специалистов для проведения лечения в отечественных медицинских организациях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 22866) (далее – Правила направления граждан на лечение за рубеж), производится по фактическим расходам по следующим статьям расходов:

      1) заработная плата;

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

      3) питание;

      4) лекарственные средства, МИ, в том числе лекарственные средства и МИ, не зарегистрированные в Республике Казахстан на основании заключения (разрешительного документа), выданного уполномоченным органом;

      5) медицинские услуги по тарифам;

      6) услуги зарубежных специалистов;

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

      8) услуги по доставке биологических материалов и трансплантата гемопоэтических стволовых клеток к месту проведения трансплантации.

      При этом, стоимость не превышает стоимость пролеченного случая по данному заболеванию за последний отчетный финансовый год в зарубежных медицинских организациях в рамках ГОБМП.";

      дополнить пунктом 242-1 следующего содержания:

      "242-1. Оплата услуг ТКМ в условиях отечественных медицинских организаций без привлечения зарубежных специалистов производится по фактическим расходам согласно статей расходов, указанных в пункте 242 настоящих Правил, за исключением расходов на оплату услуг зарубежного специалиста.";

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

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

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

      2) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования;

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

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

      4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

|  |  |
| --- | --- |
| *Исполняющий обязанности*  *здравоохранения*  *Республики Казахстан* | *В. Дудник* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 1 к приказу Исполняющий обязанности здравоохранения Республики Казахстан от 14 сентября 2022 года № ҚР ДСМ-97 |
|  | Приложение 1-1 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 скорой медицинской помощи**  
**№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года**  
**период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года**  
**по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года**

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

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

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

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

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

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

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

Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности;

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

Экологический коэффициент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Региональные коэффициенты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге;

Подушевой норматив на СП на одного жителя для субъекта здравоохранения,

оказывающего СП, в месяц:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;

**Таблица № 1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание скорой медицинской помощи**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате (тенге) |
| 1 | 2 | 3 |
| 1. | Скорая медицинская помощь |  |
| 2. | Проведение тромболитической терапии |  |
| 3/ | Доплата за работу в противоэпидемических мероприятиях в рамках борьбы с коронавирусной инфекцией COVID-19 и риск ее заражения |  |
|  | ИТОГО |  |

      Итого к оплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

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

(для документа на бумажном носителе)

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

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

Примечание: к данному счету-реестру прилагается:

1) реестр по применению тромболитических препаратов больным

при оказании скорой медицинской помощи по форме согласно

приложению 1 к счету-реестру за оказание скорой медицинской помощи;

2) реестр по оказанию медицинской помощи, связанной с транспортировкой

квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом

помощи по форме согласно приложению 2 к счету-реестру за оказание скорой

медицинской помощи;

3) Реестр по доплате за работу в противоэпидемических мероприятиях

в рамках борьбы с коронавирусной инфекцией COVID-19 и риск ее заражения

по форме согласно приложению 3 к счету-реестру за оказание скорой

медицинской помощи.

помощи по форме согласно приложению 2 к счету-реестру за оказание скорой

медицинской помощи;

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 1 к счету-реестру за оказание скорой медицинской помощи |
|  | Форма |

**Реестр по применению тромболитических препаратов больным при оказании скорой**  
**медицинской помощи период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ИИН пациента | Наименование диагноза | Расход на тромболитические препараты | | | | | |
| Форма выпуска | Доза 1 единицы, мг | Стоимость 1 единицы, тенге | Назначенная доза, в мг | Количество препарата | Предъявлено к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1 | Всего применено тромболитических препаратов, в том числе: |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

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

(для документа на бумажном носителе)

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

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 2 к счету-реестру за оказание скорой медицинской помощи |
|  | Форма |

**Реестр по оказанию медицинской помощи, связанной с транспортировкой**  
**квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом помощи**  
**период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ИИН пациента | Наименование диагноза | Категория срочности | Время прибытия фельдшерских и специализированных (врачебных) бригад |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 |  |  |  |  |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
|  | Итого: |  |  |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

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

(для документа на бумажном носителе)

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

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

(для документа на бумажном носителе)

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

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 3 к счету-реестру за оказание скорой медицинской помощи |
|  | Форма |

**Реестр по доплате за работу в противоэпидемических мероприятиях в рамках борьбы**  
**с коронавирусной инфекцией COVID-19 и риск ее заражения**  
**Размер поощрения на одного работника за месяц: \_\_\_\_\_\_ тенге**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Количество штатных единиц | Сумма поощрения, тенге |
| 1 | 2 | 3 |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
|  | ИТОГО |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

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

(для документа на бумажном носителе)

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

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 2 к приказу |
|  | Приложение 2 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 скорой медицинской помощи**  
**№\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ года период: с "\_\_" \_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года по "\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года**  
**по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года**

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

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

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

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

**Таблица № 1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание скорой медицинской помощи**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате (тенге) | Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично | Принято к оплате |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Скорая медицинская помощь |  |  |  |
| 2. | Проведение тромболитической терапии |  |  |  |
| 3 | Доплата за работу в противоэпидемических мероприятиях в рамках борьбы с коронавирусной инфекцией COVID-19 и риск ее заражения |  |  |  |
|  | ИТОГО |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Виды медицинской помощи | Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов / 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)

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

(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 протокола на бумажном носителе)

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 3 к приказу |
|  | 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**  
**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  
**(наименование поставщика)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Наименование услуги | Источники дохода, тыс. тенге | | |
| Всего | за счет бюджетных средств | за счет внебюджетных средств |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Доход за отчетный период, всего |  |  |  |
|  | в том числе: |  |  |  |
| 1.1 | Оказание скорой медицинской помощи 1-3 категории срочности вызовов |  |  |  |
| 1.2 | Проведение тромболитической терапии |  |  |  |
| 1.3 | Доплата за работу в противоэпидемических мероприятиях в рамках борьбы с коронавирусной инфекцией COVID-19 и риск ее заражения |  |  |  |

      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 4 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 скорой медицинской помощи период**  
**с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года**  
**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  
**(наименование поставщика)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование | Кассовые расходы за прошедший год (тыс. тенге) | План бюджетных средств на отчетный год | Кассовые расходы по нарастанию за отчетный период (тыс. тенге) | | в т.ч. за отчетный месяц (тыс. тенге) | | Всего Фактические расходы по нарастанию за отчетный период (тыс. тенге) | Отклонение фактических расходов от кассовых расходов (тыс. тенге) | Кредиторская задолженность по нарастанию (тыс. тенге) | Дебиторская задолженность по нарастанию (тыс. тенге) |
| всего | в т.ч. аванс | всего | в т.ч. аванс |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 0А | Отклонение фактических расходов от кассовых за позапрошлый год, тыс. тенге | Х | X | X | X | X | X | Х |  |  |  |
| Отклонение фактических расходов от кассовых за прошлый год, тыс. тенге | Х | X | X | X | X | X | Х |  |  |  |
| 0Б | Остаток средств на расчетном счету |  |  |  |  |  |  | X |  | X |  |
| 0В | Поступление средств, всего: |  | Х |  |  |  |  | X |  | X |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| 1. | Оказание скорой медицинской помощи всего: |  | Х |  |  |  |  | Х |  | Х |  |
| 1.1. | Скорой медицинской помощи |  | Х |  |  |  |  | Х |  | Х |  |
| 1.2. | Проведение тромболитической терапии |  | Х |  |  |  |  | Х |  | Х |  |
| 1.3 | Доплата за работу в противоэпидемических мероприятиях в рамках борьбы с коронавирусной инфекцией COVID-19 и риск ее заражения |  | Х |  |  |  |  | Х |  | Х |  |
| 2. | Оказание медицинской помощи по договору соисполнителя |  | Х |  |  |  |  | Х |  | Х |  |
| 0Г | Всего расходов |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| I. | ТЕКУЩИЕ РАСХОДЫ: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. | Заработная плата всего: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1. | Оплата труда |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| а) | врачебный персонал и провизоры |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| б) | средний медицинский и фармацевтический персонал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в) | младший медицинский персонал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| г) | прочий персонал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2. | Дополнительные денежные выплаты (премии и дифференцированная оплата, единовременное пособие к отпуску, материальная помощь) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| а) | врачебный персонал и провизоры |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| б) | средний медицинский и фармацевтический персонал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в) | младший медицинский персонал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| г) | прочий персонал |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Налоги и другие обязательства в бюджет всего: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.1. | Социальный налог |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2. | Социальные отчисления в Государственный фонд социального страхования |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.3. | Отчисления на обязательное социальное медицинское страхование |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Приобретение товаров всего: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.1. | Приобретение продуктов питания |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.2. | Приобретение медикаментов и прочих средств медицинского назначения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Приобретение прочих товаров |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| а) | мягкий инвентарь |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Коммунальные и прочие услуги, всего: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.1. | Оплата коммунальных услуг |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| а) | за горячую, холодную воду, канализацию |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| б) | за газ, электроэнергию |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в) | за теплоэнергию |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| г) | оплата услуг связи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.2. | Прочие услуги и работы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| а) | на повышение квалификации и переподготовку кадров |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| б) | на услуги по обеспечению питания |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в) | на оплату услуг по договору соисполнения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| г) | расходы на текущий ремонт зданий, сооружений и оборудования |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| д) | на аренду |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Другие текущие затраты, всего: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.1. | Командировки и служебные разъезды внутри страны |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| а) | в том числе на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.2. | Командировки и служебные разъезды за пределы страны |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| а) | в том числе на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.3. | Прочие текущие затраты |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Лизинговые платежи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| II | ПРИОБРЕТЕНИЕ ОСНОВНЫХ СРЕДСТВ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(для документа на бумажном носителе)

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

"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 5 к приказу |
|  | Приложение 8 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 скорой медицинской помощи**  
**№\_\_\_ от "\_\_" \_\_\_\_ 20 \_\_\_ года период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ год**  
**по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование работ (услуг) | Предъявлено к оплате, тенге | Принято к оплате, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Скорая медицинская помощь |  |  |
| 2. | Проведение тромболитической терапии |  |  |
| 3 | Доплата за работу в противоэпидемических мероприятиях в рамках борьбы с коронавирусной инфекцией COVID-19 и риск ее заражения |  |  |
|  | ИТОГО |  |  |

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

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

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

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

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

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

2.1. выплаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге,

2.2. вычеты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге.

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

Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит к удержанию

в следующий период: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заказчик : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование заказчика)  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 его наличии)  (для акта на бумажном носителе) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 6 к приказу |
|  | Приложение 9 к Правилам оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования |
|  | Форма |

**Счет-реестр за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи**  
**и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях**  
**№\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года**  
**по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по Договору № \_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года**

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

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

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

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

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

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

Базовый комплексный подушевой норматив ПМСП на одного прикрепленного

человека, зарегистрированного в портале "РПН", в месяц\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге;

Базовый комплексный подушевой норматив ПМСП на одного прикрепленного

человека, зарегистрированного в портале "РПН", в месяц (село)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге\*

Поправочные коэффициенты при оплате по КПН\*\*:

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

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

Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности;

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

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

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

Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности;

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

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

Тариф для медицинских организаций, имеющих свидетельство о прохождении

аккредитации по стандартам Международной объединенной комиссии

(JCI, США):\_\_\_\_\_\_\_;

Поправочный коэффициент для медицинских организаций, оказывающих

медицинские услуги гражданам Республики Казахстан, проживающим в городе

Байконыр, 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 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) |  |
| 1.12. | за проведение профилактических осмотров для сельского населения |  |

**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 | Численность прикрепленного населения на начало отчетного периода | Количество прикрепленного населения | | Количество открепленного населения | | | | Численность прикрепленного населения на конец отчетного периода |
| Итого | в т.ч. по свободному выбору | Итого | в т.ч. по причинам | | |
| отказ по свободному выбору | смерть | выезд |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

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

      Подтверждаем, что 1) количеству прикрепленного населения за отчетный период

соответствует: по новорожденным: количеству медицинских свидетельств

о рождении, выданных поставщиком родовспоможения, и (или) свидетельств

о рождении, зарегистрированных в органах юстиции; по свободному выбору:

количеству заявлений граждан и копии документов, удостоверяющих их личность;

по территориальному распределению: (указать приказ управления здравоохранения);

2) количеству открепленного населения соответствует: по смерти: количеству справок

о смерти 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 | | Х |  |  | Х |  |  |  |
| 1. | Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Своевременно диагностированный туберкулез легких |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (Т0-T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0) |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт) |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Обоснованные жалобы |  |  |  |  |  |  |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(для документа на бумажном носителе)

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

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

Примечание:

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

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

количество баллов указано в максимальном значении в соответствии с Методикой формирования тарифов, утвержденной уполномоченным органом согласно пункта 2 статьи 23 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье населения и системе здравоохранения", сумма распределена по индикаторам конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП, на основании данных по заключенному договору на оказание ГОБМП;

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 3 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях |
|  | Форма |

**Реестр оказанных услуг первичной медико-санитарной помощи\* период:**  
**с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ год**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге\*\* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. | Услуги по проведению скрининговых исследований на раннюю диагностику злокачественных новообразований (в разрезе видов скринингов) | | |  |  |
| 2.1. | На выявление рака молочной железы | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2.2. | На выявление рака шейки матки | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2.3. | На выявление колоректального рака | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Итого | | |  |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(для документа на бумажном носителе)

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

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

Примечание:

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 4 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях |
|  | Форма |

**Реестр оказанных консультативно-диагностических услуг, не включенных**  
**в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторной поликлинической помощи\***  
**период: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Услуги пенсионерам и членам семьи военнослужащих, правоохранительных и специализированных государственных органов | | |  |  |
| 1.1. |  |  |  |  |  |
| 1.2. |  |  |  |  |  |
| 2. | Услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта | | |  |  |
| 2.1 |  |  |  |  |  |
| 2.2. |  |  |  |  |  |
| 3. | Услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта | | |  |  |
| 3.1. |  |  |  |  |  |
| 3.2. |  |  |  |  |  |
| 4. | Дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (КТ, МРТ в рамках онкоплана) | | |  |  |
| 4.1 |  |  |  |  |  |
| 4.2. |  |  |  |  |  |
| 5. | Дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (ПЭТ в рамках онкоплана) | | |  |  |
| 5.1. |  |  |  |  |  |
| 5.2. |  |  |  |  |  |
| 6. | Услуги в травматологических пунктах | | |  |  |
| 6.1. |  |  |  |  |  |
| 6.2. |  |  |  |  |  |
| 7. | Услуги в кожно-венерологических диспансерах и, или отделениях при многопрофильных больницах | | |  |  |
| 7.1. |  |  |  |  |  |
| 7.2. |  |  |  |  |  |
| 8. | Услуги в республиканских организациях здравоохранения | | |  |  |
| 8.1. |  |  |  |  |  |
| 8.2. |  |  |  |  |  |
| 9. | Медицинское обслуживание школьников в организациях образования | | |  |  |
| 9.1. |  |  |  |  |  |
| 9.2. |  |  |  |  |  |
| 10. | Проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне | | |  |  |
| 10.1 |  |  |  |  |  |
| 10.2 |  |  |  |  |  |
| 11. | Оказание консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя) | | |  |  |
| 11.1. |  |  |  |  |  |
| 11.2. |  |  |  |  |  |
| 12. | Оказание услуг молодежными центрами здоровья | | |  |  |
| 12.1. |  |  |  |  |  |
| 12.2. |  |  |  |  |  |
| 13. | Услуги по проведению скрининговых исследований на раннюю диагностику злокачественных новообразований (в разрезе видов скринингов) | | |  |  |
| 13.1. | На выявление рака молочной железы | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 13.2. | На выявление рака шейки матки | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 13.3 | На выявление колоректального рака | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 14 | В рамках проведения профилактических осмотров сельского населения |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | 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;

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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. |  |  |  |  |  |
|  | 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, подлежит оплате

соисполнителям в порядке и сроки, определенные настоящими Правилами

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 7 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях |
|  | Форма |

**Реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных детскому населению**  
**в возрасте от 6 до 17 лет включительно\* период:**  
**с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | ИИН | Полный код услуги | Наименование услуги | Сумма, тенге\*\* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. |  |  |  |  |
|  | Итого | | |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(для документа на бумажном носителе)

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

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

Примечание:

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 8 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях |
|  | Форма |

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

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

      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 |  | Х |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(для документа на бумажном носителе)

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

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

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

**Реестр по проведению профилактических осмотров для сельского населения на 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. | Услуги по проведению профилактических осмотров для сельского населения | | |  |  |
| 2.1. | Жастар от 18 до 29 лет | | | | |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| ИТОГО | | | |  |  |
| 2.2. | Енбек – 1 от 30 до 44 лет | | | | |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| ИТОГО | | | |  |  |
| 2.3. | Енбек – 2 от 45 до 65 лет | | |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| ИТОГО | | | |  |  |
| 2.4. | Зейнеткер старше 66 лет. | | | | |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| ИТОГО | | | |  |  |
| Итого | | | |  |  |

      Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(для документа на бумажном носителе)

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

Дата "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 7 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) |  |  |  |
| 1.13 | За проведение профилактических осмотров для сельского населения |  |  |  |

      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 8 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**

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование поставщика)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование | Кассовые расходы за прошедший год (тыс. тенге) | План бюджетных средств на отчетный год | Кассовые расходы по нарастанию за отчетный период (тыс. тенге) | | в т.ч. за отчетный месяц (тыс. тенге) | | Всего Фактические расходы по нарастанию за отчетный период (тыс. тенге) | Отклонение фактических расходов от кассовых расходов (тыс. тенге) | Кредиторская задолженность по нарастанию (тыс. тенге) | Дебиторская задолженность по нарастанию (тыс.тенге) |
| всего | в т.ч. аванс | всего | в т.ч. аванс |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 0А | Отклонение фактических расходов от кассовых за позапрошлый год, тыс. тенге | Х | X | X | X | X | X |  |  |  |  |
| Отклонение фактических расходов от кассовых за прошлый год, тыс. тенге | Х | X | X | X | X | X |  |  |  |  |
| 0Б | Остаток средств на расчетном счету |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0В | Поступление средств, всего: | Х |  | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
|  | в том числе: | Х |  | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| 1. | Оказание амбулаторно-поликлинической помощи всего: | Х |  | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| 2. | на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки | Х |  | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| 3. | обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина | Х |  | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| 4. | сумма на оказание неотложной медицинской помощи | Х |  | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| 5. | за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний | Х |  | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| 6. | за расходы на разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи | Х |  | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| 8 | за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне | Х |  | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| 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 | Х |  | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| 10. | услуги мобильной бригады ПМСП | Х |  | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| 11. | дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (ПЭТ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Другие | Х |  | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| 13. | Оказание медицинской помощи по договору соисполнителя | Х |  | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| 14. | За проведение профилактических осмотров для сельского населения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0Г | Всего расходов |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| I. | ТЕКУЩИЕ РАСХОДЫ: |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. | Заработная плата всего: |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1. | Оплата труда |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| а) | врачебный персонал и провизоры |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| б) | средний медицинский и фармацевтический персонал |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в) | младший медицинский персонал |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| г) | прочий персонал |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2. | Дополнительные денежные выплаты (премии и дифференцированная оплата, единовременное пособие к отпуску, материальная помощь) |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| а) | врачебный персонал и провизоры |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| б) | средний медицинский и фармацевтический персонал |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в) | младший медицинский персонал |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| г) | прочий персонал |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.1. | Дифференцированная оплата |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| а) | врачебный персонал и провизоры |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| б) | средний медицинский и фармацевтический персонал |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в) | младший медицинский персонал |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| г) | Прочий персонал |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.2. | Стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичной медико-санитарной помощи |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| а) | врачебный персонал и провизоры |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| б) | средний медицинский и фармацевтический персонал |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в) | прочий персонал |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2.3. | Стимулирование работников участковой службы в работе по программе управления заболеваниями и (или) по универсально-прогрессивной модели патронажной службы |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| а) | врачебный персонал и провизоры |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| б) | средний медицинский и фармацевтический персонал |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Налоги и другие обязательства в бюджет всего: |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.1. | Социальный налог |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2. | Социальные отчисления в Государственный фонд социального страхования |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.3. | Отчисления на обязательное социальное медицинское страхование |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Приобретение товаров всего: |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.1. | Приобретение продуктов питания |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.2. | Приобретение медикаментов и прочих медицинских изделий |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.3. | Приобретение прочих товаров |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| а) | мягкий инвентарь |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Приобретение лечебных низкобелковых продуктов и продуктов с низким содержанием фенилаланина |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Приобретение адаптированных заменителей грудного молока |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Коммунальные и прочие услуги, всего: |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.1. | Оплата коммунальных услуг |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| а) | за горячую, холодную воду, канализацию |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| б) | за газ, электроэнергию |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в) | за теплоэнергию |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| г) | оплата услуг связи |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.2. | Прочие услуги и работы |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | в том числе: | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х |
| а) | на повышение квалификации и переподготовку кадров |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| б) | на услуги по обеспечению питания |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в) | на оплата услуг по договору соисполнения |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| г) | расходы на текущий ремонт зданий, сооружений и оборудования |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| д) | на аренду |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Другие текущие затраты, всего: |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.1. | Командировки и служебные разъезды внутри страны |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| а) | в том числе на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.2. | Командировки и служебные разъезды за пределы страны |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| а) | в том числе на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.3. | Прочие текущие затраты |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Лизинговые платежи |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |
| II | ПРИОБРЕТЕНИЕ ОСНОВНЫХ СРЕДСТВ |  | Х |  |  |  |  |  |  |  |  |

      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 9 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 |
| 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) |  |  |  |  |  |  |
| 1.12. | за проведение профилактических осмотров для сельского населения |  |  |  |  |  |  |

**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 | Фактический показатель | Количество баллов | % достижения целевого показателя | Сумма, тенге | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Итого | |  |  |  |  |  |  |
| 1. | Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Своевременно диагностированный туберкулез легких |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (Т0-T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0) |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт) |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Обоснованные жалобы |  |  |  |  |  |  |

**Таблица № 4. Расчет суммы, принимаемой к оплате 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**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № 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 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 10 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 |  |  |  |  |
|  | 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) |  |  |  |  |
| 1.12. | за проведение профилактических осмотров для сельского населения |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Индикаторы оценки деятельности | Предъявлено к оплате | | | | | Принято к оплате |
| Целевой показатель | Фактический показатель | Количество баллов | % достижения целевого показателя | Сумма, тенге | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Итого | |  |  |  |  |  |  |
| 1. | Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Своевременно диагностированный туберкулез легких |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (Т0-T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0) |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт) |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Обоснованные жалобы |  |  |  |  |  |  |

**Таблица № 3. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание услуг патологоанатомической диагностики**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Наименование услуг | Предъявлено к оплате | | Принято к оплате | |
| количество | Сумма, тенге | количество | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Итого по оказанию патологоанатомической диагностики, в том числе: |  |  |  |  |
| 1.1. | Патологоанатомическое вскрытие |  |  |  |  |
| 1.2. | Забор биологического материала и его гистологическое, цитологическое и иные исследования |  |  |  |  |
|  | Итого к оплате: |  |  |  |  |

**Таблица № 4. Сумма иных выплат 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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 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 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 ветеранам Великой Отечественной войны и лицам, приравненным к ним, оказываемые в специализированных организациях здравоохранения или организациях здравоохранения, определенных местными органами государственного управления здравоохранением |  |  |  |  |  |  |
| 1.6.3. | медицинское обслуживание школьников в организациях образования |  |  |  |  |  |  |
| 1.6.4. | услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта |  |  |  |  |  |  |
| 1.6.5. | услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта |  |  |  |  |  |  |
| 1.6.6. | услуги в травматологических пунктах |  |  |  |  |  |  |
| 1.6.7. | услуги в кожно-венерологических диспансерах (и, или отделениях при многопрофильных больницах) |  |  |  |  |  |  |
| 1.6.8. | 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 |  |  |  |  |  |  |
| 1.10. | за проведение профилактических осмотров для сельского населения |  |  |  |  |  |  |

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

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

      Примечание:

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Индикаторы конечного результата | Предъявлено к оплате | | | | | Принято к оплате |
| Целевой показатель | Фактический показатель | Количество баллов | % достижения целевого показателя | Сумма, тенге | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Итого | |  |  |  |  |  |  |
| 1. | Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Своевременно диагностированный туберкулез легких |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (Т0-T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0) |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт) |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Обоснованные жалобы |  |  |  |  |  |  |

**Таблица № 4. Сумма иных выплат 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 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 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 ветеранам Великой Отечественной войны и лицам, приравненным к ним, оказываемые в специализированных организациях здравоохранения или организациях здравоохранения, определенных местными органами государственного управления здравоохранением |  |  |  |  |
| 1.6.3. | медицинское обслуживание школьников в организациях образования |  |  |  |  |
| 1.6.4. | услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта |  |  |  |  |
| 1.6.5. | услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта |  |  |  |  |
| 1.6.6. | услуги в травматологических пунктах |  |  |  |  |
| 1.6.7. | услуги в кожно-венерологических диспансерах (и, или отделениях при многопрофильных больницах) |  |  |  |  |
| 1.6.8. | 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 |  |  |  |  |
| 1.10 | за проведение профилактических осмотров для сельского населения |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п п | Индикаторы оценки деятельности | Предъявлено к оплате | | | | | Принято к оплате |
| Целевой показатель | Фактический показатель | Количество баллов | % достижения целевого показателя | Сумма, тенге | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Итого | |  |  |  |  |  |  |
| 1. | Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Своевременно диагностированный туберкулез легких |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (Т0-T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0) |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт) |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Обоснованные жалобы |  |  |  |  |  |  |

**Таблица № 3. Сумма иных выплат 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) |

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