

Жергілікті бюджет қаражатының есебінен жүзеге асырылатын тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде көрсетілген медициналық көмектің сапасы мен көлемін және көрсетілетін медициналық қызмет үшін ақы төлеуді бақылау қағидаларын бекіту туралы

Күшін жойған

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2014 жылғы 11 ақпандағы № 84 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2014 жылы 20 наурызда № 9255 тіркелді. Күші жойылды - Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің м.а. 2015 жылғы 28 шілдедегі № 627 бұйрығымен

Ескерту. Күші жойылды - ҚР Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің м.а. 28.07.2015 № 627 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

Р Қ А О - н ы ң е с к е р т п е с і !

Осы бұйрықтың қолданысқа енгізілу тәртібін 6-тармақтан қараңыз.

Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2009 жылғы 7 желтоқсандағы № 2030 қаулысымен бекітілген Денсаулық сақтау ұйымдарының шығындарын бюджет қаражатының есебінен өтеу ережесінің 3 және 15-тармақтарына сәйкес
Б Ұ Й Ы Р А М Ы Н :

1. Қоса беріліп отырған Жергілікті бюджет қаражатының есебінен жүзеге асырылатын тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде көрсетілген медициналық көмектің сапасы мен көлемін және көрсетілетін медициналық қызмет үшін ақы төлеуді бақылау қағидалары (бұдан әрі – Қағидалар) бекітілсін.

2. Облыстардың, республикалық маңызы бар қаланың және астананың денсаулық сақтауды мемлекеттік басқарудың жергілікті органдары жергілікті бюджет қаражатының есебінен жүзеге асырылатын тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлеміне ақы төлеуді жүзеге асыру кезінде осы Қағидаларды б а с ш ы л ы қ қ а а л с ы н .

3. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық қызметке ақы төлеу комитеті (Қ.Қ. Ермекбаев):

1) заңнамамен белгілеген тәртіпте осы бұйрықтың Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелуін;

2) осы бұйрықтың Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің интернет-ресурсында орналасуын қамтамасыз етсін.

4. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Заң қызметі департаменті (Д.Е. Асайынова) осы бұйырық мемлекеттік тіркелгеннен кейін оның бұқаралық ақпарат құралдарында ресми жариялануын қамтамасыз етсін.

5. Осы бұйықтың орындалуын өзім бақылаймын.

6. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланғаннан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі және 2014 жылғы 1 қаңтардан бастап туындайтын қатынастарға қолданылады.

	Қ а з а қ с т а н	Р е с п у б л и к а с ы
	Д е н с а у л ы қ	с а қ т а у
міндетін атқарушы	Б. Төкежанов	министрінің
Қ а з а қ с т а н	Р е с п у б л и к а с ы	
Д е н с а у л ы қ	с а қ т а у	министрінің
м і н д е т і н	а т қ а р у ш ы н ы ң	
2 0 1 4	ж ы л ғ ы	1 1
		а қ п а н д а ғы
№ 84 бұйрығымен бекітілген		

Жергілікті бюджет қаражатының есебінен жүзеге асырылатын тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде көрсетілген медициналық көмектің сапасы мен көлемін және көрсетілетін медициналық қызмет үшін ақы төлеуді бақылау қағидалары

1. Жалпы ережелер

1. Осы Облыстық бюджеттерге, Астана және Алматы қалаларының бюджеттеріне берілетін нысаналы ағымдағы трансферттерді (бұдан әрі – НАТ) қоса, жергілікті бюджет қаражатының есебінен жүзеге асырылатын тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі (бұдан әрі – ТМККК) шеңберінде көрсетілген медициналық көмектің сапасы мен көлемін және көрсетілетін медициналық қызмет үшін ақы төлеуді бақылау қағидалары Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2009 жылғы 7 желтоқсандағы № 2030 қаулысымен бекітілген Денсаулық сақтау ұйымдарының шығындарын бюджет қаражатының есебінен өтеу ережесінің 3 және 15-тармақтарына сәйкес әзірленді.

2. Қағидалар көрсетілген медициналық көмектің сапасы мен көлемін бақылау және медициналық көмектің мынадай: білікті, мамандандырылған, медициналық-әлеуметтік түрлері бойынша және мынадай:

- 1) консультациялық-диагностикалық көмек;
- 2) стационарлық көмек;

- 3) стационарды алмастыратын көмек;
- 4) жедел медициналық көмек;
- 5) санитариялық авиация;
- 6) қалпына келтіріп емдеу мен медициналық оңалту;
- 7) паллиативтік көмек пен мейіргерлік көмек нысандары бойынша ақы төлеу республикалық бюджет қаражатының есебінен жүзеге асырылатын қызметтерді қоспағанда, ТМККК шеңберінде көрсетілген медициналық қызметтер (бұдан әрі – медициналық қызметтер) үшін облыстардың, республикалық маңызы бар қаланың және астананың денсаулық сақтауды мемлекеттік басқарудың жергілікті органдарының ақы төлеу тәртібін айқындайды.

3. Осы Қағидалар:

- 1) онкологиялық науқастарға медициналық қызметтер көрсеткені үшін;
- 2) аудандық маңызы бар және ауылдың денсаулық сақтау субъектілерінің кешенді жан басына шаққандағы норматив бойынша медициналық көмек көрсеткені үшін;
- 3) кешенді жан басына шаққандағы тариф бойынша амбулаториялық-емханалық көмек көрсеткені үшін НАТ түрінде республикалық бюджет қаражатынан ақы төлеу жүзеге асырылатын ТМККК қызметтеріне қолданылмайды.

4. Осы Қағидалар ДСБ-ға, ДСБ-мен ТМККК көрсетуге арналған шарт жасасқан денсаулық сақтау субъектілеріне (бұдан әрі – қызметтер беруші), Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылау және Медициналық қызметке ақы төлеу комитеттерінің аумақтық департаменттеріне (бұдан әрі – МФҚБК АД және МҚАК АД), Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық мемлекеттік кәсіпорнына (бұдан әрі – ДДРО) және ««ҚазМедТех» акционерлік қоғамын құру туралы» Қазақстан Республикасының Үкіметінің 2010 жылғы 23 қарашадағы № 1238 қаулысымен айқындалған, қызметінің пәні қаржы лизингі шарттарында денсаулық сақтау ұйымдарына одан әрі тапсыру үшін медициналық техниканы сатып алуды ұйымдастыру мен жүргізу болып табылатын ұйым – «ҚазМедТех» акционерлік қоғамына қолданылады.

5. Осы Қағидаларда қолданылатын негізгі ұғымдар:

- 1) бюджеттік бағдарламаның әкімшісі (бұдан әрі – әкімші) – облыстардың, Астана мен Алматы қалаларының денсаулық сақтау басқармалары;
- 2) қызметке ақы төлеу жөніндегі комиссия – көрсетілген ТМККК қызметтері үшін НАТ-та қоса, жергілікті бюджет қаражатының есебінен ақы төлеуді (бұдан әрі – ақы төлеу) жүзеге асыру үшін тиісінше өңірдің ДСБ, МФҚБК АД, МҚАК

АД қызметкерлерінен құрылған ДСБ-ның тұрақты жұмыс істейтін алқалы о р г а н ы ;

3) тапсырыс беруші – Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2012 жылғы 25 қазандағы № 1358 қаулысымен бекітілген Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін көрсету жөніндегі қызметтер берушіні таңдау және оның шығындарын өтеу қағидаларына (бұдан әрі – Қызметтер берушіні таңдау қағидалары), Қазақстан Республикасының азаматтық заңнамасына сәйкес НАТ-ты қоса, жергілікті бюджет қаражатының есебінен ТМҚКК көрсету бойынша қызметтер берушіні таңдауды жүзеге асыратын тиісті облыстың, Астана және Алматы қалаларының ДСБ;

6. Қызметтер берушілерге ақы төлеу орындалған жұмыстар (қызметтер) актілерінің негізінде (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 5946 тіркелген) Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2009 жылғы 26 қарашадағы № 801 бұйрығымен бекітілген ТМҚКК шеңберінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру және шығындарды жоспарлау әдістемесіне сәйкес қалыптастырылатын тарифтер б о й ы н ш а жү з е г е а с ы р ы л а д ы .

7. Әкімші тарифтерді, оның ішінде пилоттық жобалардың тарифтерін, базалық ставканың құнын және жыныстық-жастық түзету коэффициентін қоспағанда, түзету коэффициенттерін бекітеді және қайта қарайды.

8. Қызметтер берушілерге ақы төлеу әкімші көздеген қаражаттың шегінде медициналық көмектің сапасы мен көлемін бақылау нәтижелерін есепке ала отырып, жасалған шарттың негізінде жүзеге асырылады.

9. Әкімші есепті кезеңнің мерзімін (күнін) белгілейді.

10. Көрсетілген медициналық қызметтер үшін лизингілік төлемдерге ақы төлеуді ДСБ оларды лизинг берушімен жасалған қаржы лизингі шарты бойынша сатып алынған медициналық техниканы пайдаланумен көрсету шартында жүзеге асырылады.

2. Көрсетілген медициналық көмектің сапасы мен көлемін бақылау

11. Көрсетілген медициналық көмектің сапасы мен көлемін бақылау көрсетілетін медициналық қызметтердің денсаулық сақтау облысындағы Қазақстан Республикасының стандарттарына, нормативтік құқықтық актілеріне сәйкестігін бағалау мақсатында жүргізіледі.

12. Қызметтер берушінің шарттың талаптарын орындауы, оның ішінде көрсетілген медициналық көмектің сапасы мен көлемінің мәселелері осы бөлімде көзделген тәртіппен тапсырыс берушінің тарапынан бақылануы тиіс.

13. МФҚБК АД Қазақстан Республикасының мемлекеттік бақылау мен

қадағалау заңнамасымен белгіленген тәртіппен медициналық қызметтердің сапасын жоспарлы және жоспардан тыс тексеру мен сараптау нысанында медициналық көмектің сапасы мен көлемін бақылауды жүзеге асырады.

14. ДСБ медициналық қызметке ақы төлеу мәселелері бойынша ведомствоға қарасты медициналық ұйымдардың қызметін бақылауды жүзеге асыру кезінде о с ы Қ а ғ и д а л а р қ о л д а н ы л а д ы .

15. Медициналық көмектің сапасы мен көлемін бақылау нәтижелерін ДСБ-ға бақылау актісінің көшірмесін қоса бере отырып, тексеріс аяқталған күннен бастап бес жұмыс күнінің ішінде МФҚБК АД жібереді.

16. Тоқсан сайын, есепті тоқсаннан кейінгі келесі айдың 10-күнінен кешіктірмей ДСБ жасалған қаржыландыру көлемін қайтару нәтижелері бойынша МФҚБК АД-ға қабылданған шаралар туралы хабарлама ұсынады.

3. Медициналық қызметке ақы төлеу

17. Қызметтер берушілер күн сайын уәкілетті орган бекіткен нысандардың негізінде стационарлар мен күндізгі стационарларда емделіп шығу жағдайларының, халықтың нысаналы топтарын профилактикалық медициналық тексерулердің дербестелген дерекқорын, консультациялық-диагностикалық көмек көрсету бойынша қызметтерді (келулердің), жедел медициналық көмек пен санитариялық авиация шақыруларының санын есепке алудың (бұдан әрі – қызметтердің сандық есебі) дерекқорын қалыптастырады.

18. Қызметтер берушілер есепті кезеңнен кейінгі келесі бір жұмыс күнінен кешіктірмей медициналық көмек ұсынудың нысандарына тиісінше осы Қағидаларға 1, 2, 3 және 4-қосымшаларға сәйкес нысандар бойынша жергілікті бюджет қаражатының есебінен тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде медициналық қызметтер көрсеткені үшін шот-тізілімдерді (бұдан әрі – шот-тізілімдер) қалыптастырады және ДСБ-ға тапсырады.

Шот-тізілімдерге медициналық көмек ұсынудың нысандарына байланысты емделіп шыққандардың, халықтың тексерілген нысаналы топтарының дербестелген тізімдері, қызметтерді сандық есебі қоса беріледі.

19. Шартта көрсетілген форс-мажор жағдайлары туындаған жағдайда ДСБ шот-тізілімді белгіленген мерзімнен кеш қабылдайды.

20. ДСБ медициналық көмек ұсынудың нысандарына тиісінше осы Қағидаларға 5, 6, 7 және 8-қосымшаларға сәйкес нысандар бойынша қызметтерге ақы төлеу жөніндегі комиссия қарайтын және қол қоятын жергілікті бюджет қаражатының есебінен тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде медициналық қызметтер көрсетуге арналған шартты орындау хаттамасын қалыптастырады. Шартты орындау хаттамасына МФҚБК АД-ның

Жергілікті	бюджет	қаражатының	есебінен
жүзеге	асырылатын	тегін	медициналық
көмектің	кепілдік	берілген	көлемі
шеңберінде	көрсетілген	медициналық	
көмектің	сапасы	мен	көлемін және
көрсетілетін	медициналық	қызмет	үшін

(Тегі, аты, әкесінің аты (болған

жағдайда)/қолы) (қағаз
тасымалдауыштағы шот-тізілім үшін)

Мөрдiң орны (қағаз тасымалдауыштағы
шот-тізілім үшін) 20 ____ жылғы « ____ » _____

Е с к е р т п е :

*осы Қағидалардың 3-тармағында көрсетілгенді қоспағанда, облыстық бюджеттерге, Астана және Алматы қалаларының бюджеттеріне берілетін нысаналы ағымдағы трансферттерді қоса, жергілікті бюджет қаражатының есебінен тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде медициналық қызметтер көрсету кезінде қолданылады.

Жергілікті бюджет қаражатының есебінен
жүзеге асырылатын тегін медициналық
көмектің кепілдік берілген көлемі
шеңберінде көрсетілген медициналық
көмектің сапасы мен көлемін және
көрсетілетін медициналық қызмет үшін
ақы төлеуді бақылау қағидаларына

2-қосымша

Нысан

**Жергілікті бюджет қаражатының есебінен тегін медициналық
көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде медициналық
қызметтер көрсеткені үшін**

ШОТ-ТІЗІЛІМ

20 ____ жылғы « ____ » _____ № _____

20 ____ жылғы « ____ » _____ бастап 20 ____ жылғы « ____ » _____ дейінгі
кезең

20 ____ жылғы « ____ » _____ № _____ шарт бойынша Стационарлық
және/немесе стационарды алмастыратын
медициналық көмек

Денсаулық сақтау субъектісінің атауы: _____

Бюджеттік бағдарламаның атауы: _____

Бюджеттік кіші бағдарламаның атауы: _____

р/с №	Атауы	Емделіп шығу жағдайларының саны	Бір емделіп шығу жағдайы үшін тариф, теңге	Ақы төлеу үш ұсынылды, теңге
А	1	2	3	4
1	Тәуліктік стационар			

20__ жылғы «__» _____ бастап 20__ жылғы «__» _____ дейінгі кезең

20__ жылғы «__» _____ № _____ шарт бойынша

Жедел медициналық көмек

Денсаулық сақтау субъектісінің атауы: _____

Бюджеттік бағдарламаның атауы: _____

Бюджеттік кіші бағдарламаның атауы: _____

Бір шақырудың құны _____ теңге

р/с №	Шақырулардың саны	Ақы төлеу үшін ұсынылды, теңге
1	2	3

Лизинг

Медициналық жабдықтың коды	Медициналық жабдықтың атауы	Қызметтің толық коды	Қызметтің атауы	1 қызметке арналған лизингтік төлем, теңге	Қызметтердің саны	Ақы төлеу лизингтік төлемнің сс теңге
1	2	3	4	5	6	7
Барлығы						

Ақы төлеу үшін жиыны: _____ теңге

Д е н с а у л ы қ с а қ т а у ұ й ы м ы н ы ң

(қызметтер берушінің) басшысы: _____ / _____

(Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/қолы) (қағаз

тасымалдауыштағы шот-тізілім үшін)

Д е н с а у л ы қ с а қ т а у ұ й ы м ы н ы ң

(қызметтер берушінің) бас бухгалтері: _____ / _____

(Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/қолы) (қағаз

тасымалдауыштағы шот-тізілім үшін)

Мөрдiң орны (қағаз тасымалдауыштағы шот-тізілім үшін) 20__ жылғы «__» _____

Е с к е р т п е :

* қаражаты кешенді жан басына шаққандағы норматив бойынша қаржыландыру кезінде көзделген, аудандық маңызы бар және ауылдың денсаулық сақтау субъектілерінің халыққа тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде медициналық көмек көрсетуге қолданылмайды.

Жергілікті бюджет қаражатының есебінен жүзеге асырылатын тегін медициналық

көмектің көлемі
кепілдік берілген
шеңберінде көрсетілген медициналық
көмектің сапасы мен көлемін және
көрсетілетін медициналық қызмет үшін
ақы төлеуді бақылау қағидаларына
4-қосымша

Нысан

**Жергілікті бюджет қаражатының есебінен тегін медициналық
көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде медициналық
қызметтер көрсеткені үшін**

ШОТ-ТІЗІЛІМ

20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____

20 ____ жылғы « ____ » _____ бастап 20 ____ жылғы « ____ » _____ дейінгі
кезең

20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ шарт бойынша Санитариялық
авиация

Денсаулық сақтау субъектісінің атауы: _____

Бюджеттік бағдарламаның атауы: _____

Бюджеттік кіші бағдарламаның атауы: _____

Бір шақырудың құны _____ теңге

р/с №	Күні	Көліктік қызметтердің түрі	Белгіленген пункт	Көліктік қызметтер		Медициналық қызметтер		Ақы тө у ш і н ұсынылд теңге
				Сағаттардың саны	Құны, теңге	Сағаттардың саны	Құны, теңге	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
		тікұшақта						
		ұшақта						
		автокөлікте						

Ақы төлеу үшін жиыны: _____ теңге

Д е н с а у л ы қ с а қ т а у ұ й ы м ы н ы ң

(қызметтер берушінің) басшысы: _____ / _____

(Тегі, аты, әкесінің аты (болған
жағдайда)/қолы) (қағаз

тасымалдауыштағы шот-тізілім үшін)

Д е н с а у л ы қ с а қ т а у ұ й ы м ы н ы ң

(қызметтер берушінің) бас бухгалтері: _____ / _____

(Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/қолы) (қағаз

тасымалдауыштағы шот-тізілім үшін)

Мөрдін орны (қағаз тасымалдауыштағы шот-тізілім үшін) 20 ____ жылғы « ____ » ____

Жергілікті бюджет қаражатының есебінен жүзеге асырылатын тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде көрсетілген медициналық көмектің сапасы мен көлемін және көрсетілетін медициналық қызмет үшін ақы төлеуді бақылау қағидаларына 5-қосымша
Нысан

Жергілікті бюджет қаражатының есебінен тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде медициналық қызметтер көрсетуге арналған шартты орындау хаттамасы

20 ____ жылғы « ____ » ____ бастап 20 ____ жылғы « ____ » ____ дейінгі кезең
20 ____ жылғы « ____ » ____ № ____ шарт бойынша

Консультациялық-диагностикалық көмек

Денсаулық сақтау субъектісінің атауы: _____

Бюджеттік бағдарламаның атауы: _____

Бюджеттік кіші бағдарламаның атауы: _____

р/с №	Қызметтердің саны	Ақы төлеу үшін ұсынылды, теңге	Ақы төлеуден шешілді *, теңге	Ақы төлеу үшін қабылданды, теңге
1	2	4	5	6
Барлығы				

Е с к е р т п е :

*МФҚБК АД-ның жоспарлы және жоспардан тыс тексерістері бойынша есепті және өткен кезеңдер үшін ақы төлеуден, оның ішінде ішінара ақы төлеуден шешілді.

Медициналық көмектің көлемі мен сапасын бақылау актісі қоса берілген.

Лизингтік төлемдер

Атауы	Ақы төлеу үшін ұсынылған	Ақы төлеу үшін ұсынылған	Ақы төлеуден шешілуге тиіс	А қ ы төлеуден шешу үшін	Ақы төлеу үшін	Ақы төлеу қабылданды
-------	--------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------	----------------	----------------------

	қызметтердің саны	лизингтік төлемнің сомасы, теңге	қызметтердің саны	лизингтік төлемнің сомасы	қабылданған қызметтердің саны	лизингтік төлемнің с, теңге
Қаржы лизингі шарттарында сатып алынған медициналық техниканы пайдаланумен барлығы						

Өзге төлемдер/шегерістер

р/с №	Негізі	Комиссияның шешіміне сәйкес	
		Төлемдер, сома теңге	Шегерістер, сома теңге
ЖИЫНЫ			

Ақы төлеу үшін ұсынылғанның барлығы _____ теңге

Ақы төлеу үшін қабылданғанның барлығы _____ теңге

Комиссияның төрағасы: _____ / _____

(Қолы/Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда))

(қағаз тасымалдауыштағы хаттама үшін)

Комиссия мүшелері: _____ / _____

(Қолы/Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда))

(қағаз тасымалдауыштағы хаттама үшін)

_____ / _____

(Қолы/Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда))

(қағаз тасымалдауыштағы хаттама үшін)

_____ / _____

(Қолы/Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда))

(қағаз тасымалдауыштағы хаттама үшін)

Таныстырылды: _____ / _____

(Қолы/Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда))

М . О .
Күні 20 ____ жылғы « ____ » _____.

Жергілікті бюджет қаражатының есебінен
жүзеге асырылатын тегін медициналық
көмектің кепілдік берілген көлемі
шеңберінде көрсетілген медициналық
көмектің сапасы мен көлемін және
көрсетілетін медициналық қызмет үшін
ақы төлеуді бақылау қағидаларына

6-қосымша

Нысан

Жергілікті бюджет қаражатының есебінен тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде медициналық қызметтер көрсетуге арналған шартты орындау хаттамасы
20__ жылғы «__» _____ бастап 20__ жылғы «__» _____ дейінгі кезең
20__ жылғы «__» _____ №__ шарт бойынша

Стационарлық көмек

Денсаулық сақтау субъектісінің атауы: _____

Бюджеттік бағдарламаның атауы: _____

Бюджеттік кіші бағдарламаның атауы: _____

р/с №	Атауы	Емделіп шығу жағдайларының саны	Ақы төлеу үшін ұсынылды, теңге	Ақы төлеуден шешілді*, теңге	Ақы төлеу ү қабылданды, т
А	1	2	3	4	5
1	Тәуліктік стационар				
2	Күндізгі стационар				
	Барлығы				

Е с к е р т п е :

*МФҚБК АД-ның жоспарлы және жоспардан тыс тексерістері бойынша есепті және өткен кезеңдер үшін ақы төлеуден, оның ішінде ішінара ақы төлеуден шешілді.

Медициналық көмектің көлемі мен сапасын бақылау актісі қоса берілген.
Лизингтік төлемдер

Атауы	Ақы төлеу үшін ұсынылған қызметтердің саны	Ақы төлеу үшін ұсынылған лизингтік төлемнің сомасы, теңге	Ақы төлеуден шешілуге тиіс қызметтердің саны	А қ ы төлеуден шешу үшін лизингтік төлемнің сомасы	Ақы төлеу үшін қабылданған қызметтердің саны	Ақы төлеу қабылданғ лизингтік төлемнің с , теңге
Қаржы лизингі шарттарында сатып алынған медициналық техниканы пайдаланумен барлығы						

Өзге төлемдер/шегерістер

р/с №	Негізі	Комиссияның шешіміне сәйкес	
		Төлемдер, сома теңге	Шегерістер, сома теңге
ЖИЫНЫ			

Ақы төлеу үшін ұсынылғанның барлығы _____ теңге

Ақы төлеу үшін қабылданғанның барлығы _____ теңге

Комиссияның төрағасы: _____ / _____

(Қолы/Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда))

(қағаз тасымалдауыштағы хаттама үшін)

Комиссия мүшелері: _____ / _____

(Қолы/Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда))

(қағаз тасымалдауыштағы хаттама үшін)

_____ / _____

(Қолы/Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда))

(қағаз тасымалдауыштағы хаттама үшін)

_____ / _____

(Қолы/Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда))

(қағаз тасымалдауыштағы хаттама үшін)

Таныстырылды: _____ / _____

(Қолы/Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда))

М . О .

Күні 20 ____ жылғы « ____ » _____.

Жергілікті бюджет қаражатының есебінен

жүзеге асырылатын тегін медициналық

көмектің кепілдік берілген көлемі

шеңберінде көрсетілген медициналық

көмектің сапасы мен көлемін және

көрсетілетін медициналық қызмет үшін

ақы төлеуді бақылау қағидаларына

7-қосымша

Нысан

Жергілікті бюджет қаражатының есебінен тегін медициналық

көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде медициналық

қызметтер көрсетуге арналған шартты орындау хаттамасы

20 ____ жылғы « ____ » _____ бастап 20 ____ жылғы « ____ » _____ дейінгі

кезең

20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ шарт бойынша

Жедел медициналық көмек

Денсаулық сақтау субъектісінің атауы: _____

Бюджеттік бағдарламаның атауы: _____

Бюджеттік кіші бағдарламаның атауы: _____

р/с №	Атауы	Емделіп шығу жағдайларының саны	Ақы төлеу үшін ұсынылды, теңге	Ақы төлеуден шешілді*, теңге	Ақы төлеу үшін қабылданды, теңге
A	1	2	3	4	5
1	Тәуліктік стационар				
2	Күндізгі стационар				
	Барлығы				

Е с к е р т п е :

*МФҚБК АД-ның жоспарлы және жоспардан тыс тексерістері бойынша есепті және өткен кезеңдер үшін ақы төлеуден, оның ішінде ішінара ақы төлеуден шешілді.

Медициналық көмектің көлемі мен сапасын бақылау актісі қоса берілген.

Лизингтік төлемдер

Атауы	Ақы төлеу үшін ұсынылған қызметтердің саны	Ақы төлеу үшін ұсынылған лизингтік төлемнің сомасы, теңге	Ақы төлеуден шешілуге тиіс қызметтердің саны	Ақы төлеуден шешу үшін лизингтік төлемнің сомасы	Ақы төлеу үшін қабылданған қызметтердің саны	Ақы төлеу қабылданған лизингтік төлемнің сомасы, теңге
Қаржы лизингі шарттарында сатып алынған медициналық техниканы пайдаланумен барлығы						

Өзге төлемдер/шегерістер

р/с №	Негізі	Комиссияның шешіміне сәйкес	
		Төлемдер, сома теңге	Шегерістер, сома теңге
ЖИЫНЫ			

Ақы төлеу үшін ұсынылғанның барлығы _____ теңге

Ақы төлеу үшін қабылданғанның барлығы _____ теңге

Комиссияның төрағасы: _____ / _____

(Қолы/Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда))

(қағаз тасымалдауыштағы хаттама үшін)

Комиссия мүшелері: _____ / _____

(Қолы/Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда))

(қағаз тасымалдауыштағы хаттама үшін)

_____ / _____

(Қолы/Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда))

(қағаз тасымалдауыштағы хаттама үшін)

_____/_____
(Қолы/Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда))

(қағаз тасымалдауыштағы хаттама үшін)

Таныстырылды: _____/_____

(Қолы/Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда))

М . О .

Күні 20 ____ жылғы « ____ » _____.

Жергілікті бюджет қаражатының есебінен
жүзеге асырылатын тегін медициналық
көмектің кепілдік берілген көлемі
шеңберінде көрсетілген медициналық
көмектің сапасы мен көлемін және
көрсетілетін медициналық қызмет үшін
ақы төлеуді бақылау қағидаларына
8-қосымша

Нысан

**Жергілікті бюджет қаражатының есебінен тегін медициналық
көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде медициналық
қызметтер көрсетуге арналған шартты орындау хаттамасы**
20 ____ жылғы « ____ » _____ бастап 20 ____ жылғы « ____ » _____ дейінгі
кезең
20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ шарт бойынша

Санитариялық авиация

Денсаулық сақтау субъектісінің атауы: _____

Бюджеттік бағдарламаның атауы: _____

Бюджеттік кіші бағдарламаның атауы: _____

р/с №	Күні	Көліктік қызметтердің түрі	Белгіленген пункт	Көліктік қызметтер		Медициналық қызметтер		Ақы төлеу үшін ұсынылды, теңге	А қы төлеуден шешілді (теңге)	Ақы т үшін қабыл (теңге)
				Сағаттардың саны	Құны, теңге	Сағаттардың саны	Құны, теңге			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1		тікұшақта								
2		ұшақта								
3		автокөлікте								
		Жиыны								

Өзге төлемдер/шегерістер

--	--	--

p/c №	Негізі	Комиссияның шешіміне сәйкес	
		Төлемдер, сома теңге	Шегерістер, сома теңге
ЖИЫНЫ			

Ақы төлеу үшін ұсынылғанның барлығы _____ теңге

Ақы төлеу үшін қабылданғанның барлығы _____ теңге

Комиссияның төрағасы: _____ / _____

(Қолы/Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда))

(қағаз тасымалдауыштағы хаттама үшін)

Комиссия мүшелері: _____ / _____

(Қолы/Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда))

(қағаз тасымалдауыштағы хаттама үшін)

_____ / _____

(Қолы/Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда))

(қағаз тасымалдауыштағы хаттама үшін)

_____ / _____

(Қолы/Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда))

(қағаз тасымалдауыштағы хаттама үшін)

Таныстырылды: _____ / _____

(Қолы/Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда))

М . О .

Күні 20 ____ жылғы « ____ » _____.

Жергілікті бюджет қаражатының есебінен

жүзеге асырылатын тегін медициналық

көмектің кепілдік берілген көлемі

шеңберінде көрсетілген медициналық

көмектің сапасы мен көлемін және

көрсетілетін медициналық қызмет үшін

ақы төлеуді бақылау қағидаларына

9-қосымша

Нысан

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде

көрсетілген орындалған жұмыстардың (қызметтердің) актісі

20 ____ жылғы « ____ » _____ № _____

20 ____ жылғы « ____ » _____ бастап 20 ____ жылғы « ____ » _____ дейінгі кезең

20 ____ жылғы « ____ » _____ № _____ шарт бойынша

Денсаулық сақтау субъектісінің атауы: _____

Бюджеттік бағдарламаның атауы: _____

Бюджеттік кіші бағдарламаның атауы: _____

Шарт бойынша жалпы сомасы _____ теңге

Бюджеттік кіші бағдарламаның атауы: _____ теңге

Төленген аванстың жалпы сомасы _____ теңге

Ақы төленген (көрсетілген) қызметтердің жалпы сомасы _____ теңге

Шартқа сәйкес ағымдағы жылға арналған лизингтік төлемдердің жалпы сомасы _____ теңге

Жұмыстардың (қызметтердің) атауы	Ақы төлеу үшін ұсынылды, теңге	Ақы төлеу үшін қабылданды, теңге
1	2	2
Барлығы		

Лизингтік төлемдер

Атауы	Ақы төлеу үшін ұсынылған қызметтердің саны	Ақы төлеу үшін ұсынылған лизингтік төлемнің сомасы, теңге	Ақы төлеуден шешілуге тиіс қызметтердің саны	Ақы төлеуден шешу үшін лизингтік төлемнің сомасы	Ақы төлеу үшін қабылданған қызметтердің саны	Ақы төлеуден қабылда лизингтік төлемнің сомасы, теңге
Қаржы лизингі шарттарында сатып алынған медициналық техниканы пайдаланумен барлығы						

Өзге төлемдер/шегерістер

р/с №	Негізі	Комиссияның шешіміне сәйкес	
		Төлемдер, сома теңге	Шегерістер, сома теңге
ЖИЫНЫ			

Ақы төлеуге қабылданғанның барлығы: _____ теңге

оның ішінде лизингтік төлемдерді өтеу _____ теңге

Бұрын төленген авансты ұстау қалу үшін сома _____ теңге

Лизингтік төлемдерді ұстау қалу үшін сома _____ теңге

Келесі кезеңде ұстау қалуға тиіс бұрын төленген аванстың қалдығы _____ теңге

Аудару үшін жиыны _____ теңге

оның ішінде лизингтік төлемдерді өтеу _____ теңге

Тапсырыс беруші _____ Қызметтер беруші _____

(Мемлекеттік органның атауы)
Мекенжай _____

(Медициналық ұйымның атауы)
Мекенжай _____

Бизнес сәйкестендірілген нөмір
(бұдан әрі – БСН)

БСН _____

ЖСН _____

БСК _____

Жеке сәйкестендірілген нөмір
(бұдан әрі – ЖСН)

Банктің атауы _____

КБЕ _____

Банктік сәйкестендірілген код
(б ұ д а н ә р і – Б С К)

ММ

Атауы Қазынашылық комитет

Код _____ Басшы _____ / _____

Бенефициар коды (бұдан әрі – КБЕ) (Тегі, аты, әкесінің аты
(болған жағдайда)/қолы)

Басшы _____ (қағаз тасымалдағыштағы акт үшін)

(Тегі, аты, әкесінің аты (болған
жағдайда) / қолы)

(қағаз тасымалдағыштағы акт үшін)

Мөрдiң орны (қағаз тасымалдағыштағы

акт үшін) МО (қағаз тасымалдағыштағы

акт үшін)