



**О внесении изменений и дополнений в приказ исполняющего обязанности
Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 марта 2018 года № 138 "
Об утверждении Правил оплаты услуг субъектов здравоохранения и Правил
оплаты стоимости фармацевтических услуг субъектам в сфере обращения
лекарственных средств и медицинских изделий"**

Утративший силу

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2019 года № ҚР ДСМ-142. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 6 ноября 2019 года № 19557. Утратил силу приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-210/2020.

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

Примечание ИЗПИ!

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

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

1. Внести в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 марта 2018 года № 138 "Об утверждении Правил оплаты услуг субъектов здравоохранения и Правил оплаты стоимости фармацевтических услуг субъектам в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 16685, опубликован 24 апреля 2018 года в Эталонном контрольном банке нормативных правовых актов Республики Казахстан) следующие изменения и дополнения:

в Правилах оплаты услуг субъектов здравоохранения, утвержденных указанным приказом:

пункт 3 изложить в следующей редакции:

"3. Оплата услуг субъектов здравоохранения осуществляется фондом за счет трансфертов из республиканского бюджета на основании договоров закупок услуг в пределах средств, предусмотренных планами финансирования бюджетных программ (подпрограмм) по обязательствам и платежам администратора на соответствующий финансовый год, и (или) за счет активов фонда, а также за

медицинские услуги, оказанные рамках ГОБМП в последний месяц предшествующего финансового года - за счет бюджетных средств текущего финансового года с поставщиками, заключившими договоры на оказание ГОБМП в предшествующем финансовом году.";

пункт 6 изложить в следующей редакции:

"6. Оплата услуг осуществляется по тарифам на основании акта оказанных услуг.";

пункт 9 изложить в следующей редакции:

"9. График удержания аванса устанавливается равномерно на количество периодов, составляющих не более семидесяти пяти процентов от общего количества периодов оказания услуги, начиная с месяца оказания услуг, за исключением аванса для оплаты услуг декабря, который удерживается при оплате услуг за отчетный декабрь месяц.";

пункт 15 изложить в следующей редакции:

"15. СИ обеспечивает в платежных информационных системах корректность ввода тарифов и автоматического расчета стоимости услуг, в том числе штрафных санкций по дефектам, в соответствии с настоящими Правилами, Методикой формирования тарифов и приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 сентября 2018 года № ҚР ДСМ-10 "Об утверждении тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 17353).

пункт 26 изложить в следующей редакции:

"26. Формирование акта оказанных услуг осуществляется на основании счет-реестра за оказанные услуги, протокола исполнения договора закупа услуг."

;

в пункте 27:

часть первую изложить в следующей редакции:

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

дополнить частью пятой следующего содержания:

"Счет-реестр за январь текущего года в рамках ГОБМП формируется с учетом услуг, не вошедших в счет-реестр в рамках ГОБМП с 1 декабря предыдущего года.";

пункт 30 изложить в следующей редакции:

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

В протоколе исполнения договора закупа услуг отражаются иные выплаты (вычеты) в случаях наличия решения судебных органов, превышения годовой суммы договора закупа услуг, предусмотренной договором закупа услуг, результатов ежеквартальной сверки за прошедшие платежные периоды по проведенным платежам, применения штрафных санкций по результатам целевого мониторинга или внепланового мониторинга после закрытия отчетного периода, перерасчета сумм, подлежащей оплате ввиду изменения законодательства Республики Казахстан либо по иным основаниям, предусмотренным настоящими Правилами и законодательством Республики Казахстан

Протокол в рамках ГОБМП за январь текущего года формируется с учетом услуг, не вошедших в счет-реестр с 1 декабря предыдущего года.";

пункт 33 дополнить частью третьей следующего содержания:

"В счет-реестр текущего финансового года включаются случаи, начало оказания медицинской помощи по которым начато в предыдущем финансовом году и завершено в текущем финансовом году.";

дополнить пунктом 33-1 следующего содержания:

"33-1. Оплата за оказанные услуги в рамках ГОБМП в соответствии с договором закупа услуг, не принятые к оплате в течение действия договора закупа услуг в связи с проведением мониторинга качества и объема, а также не вошедшие в счет-реестр с 1 декабря года, в котором действует договор закупа услуг, до даты окончания срока действия договора закупа услуг, производится в году, следующем за годом действия договора закупа услуг.

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

часть вторую пункта 36 изложить в следующей редакции:

"Оплата по подписанным актам оказанных услуг с учетом удержания части ранее выплаченного аванса осуществляется фондом не позднее 20 (двадцати)

календарных дней после завершения отчетного периода, путем перечисления денежных средств на расчетный счет поставщика в банке второго уровня, открытый для проведения банковских операций по зачислению и расходованию средств, полученных за оказание услуг.";

пункты 39 и 40 изложить в следующей редакции:

"39. По результатам оплаты фонд ежеквартально осуществляет сверку исполнения объемов медицинских услуг и финансовых обязательств по договорам закупа услуг с формированием соответствующего акта сверки.

В актах сверки два раза в год в июле, в ноябре текущего года и в январе следующего года отражаются суммы уменьшения договора закупа услуг по результатам мониторинга качества и объема и исполнения объемов медицинских услуг, за исключением непредотвратимых летальных случаев.

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

часть вторую пункта 40-1 изложить в следующей редакции:

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

пункты 41 и 41-1 исключить;

пункт 48 изложить в следующей редакции:

48. Оплата за оказание АПП прикрепленному населению осуществляется по тарифу КРН АПП, который включает:

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

ПМСП, оказываемой в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 281 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11268) (далее – приказ № 281);

КДП, оказываемой в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 июля 2015 года № 626 (

зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11958) (далее – приказ № 626);

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

пункт 49 изложить в следующей редакции:

"49. Сумма оплаты за оказание АПП субъектам ПМСП по КПН АПП за отчетный период определяется путем умножения КПН АПП для субъектов ПМСП на среднесписочную численность прикрепленного населения, зарегистрированного в РПН за отчетный период.

Среднесписочная численность прикрепленного населения за отчетный период определяется путем суммирования численности прикрепленного населения, зарегистрированных в РПН за каждый календарный день отчетного периода и деления полученной суммы на число календарных дней месяца.

Для субъектов ПМСП, обслуживающих городское и сельское население, коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности применяется только на численность сельского населения, для городского населения - коэффициент равен 1 (единице).

Сумма оплаты за оказание АПП субъекта ПМСП по КПН АПП за отчетный период не зависит от объема оказанных услуг.";

пункт 49-1 исключить;

часть первую пункта 55 изложить в следующей редакции:

"55. Для проведения оплаты при автоматизированном формировании счет-реестра за оказание амбулаторно-поликлинической помощи по форме согласно приложению 6 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр АПП) и корректного расчета суммы, предъявляемой к оплате, поставщик обеспечивает:

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

2) ежедневную персонифицированную регистрацию в МИС интегрированной с ИС "ЕПС", оказанных амбулаторно-поликлинических услуг населению специалистами ПМСП и КДП по формам № 025/у, № 025-5/у и № 025-7/у первичной медицинской документации, утвержденным приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6697) (далее – приказ № 907);

3) ежедневный ввод внешних направлений КДУ в МИС, интегрированной с ИС "ЕПС" по форме № 201/у первичной медицинской документации, утвержденной приказом № 907;

4) ежедневный ввод отпуска адаптированных заменителей грудного молока в ИС "ЛО";

5) ввод и подтверждение данных по заключенным договорам соисполнения в модуле "Платежная система" ИС "ЕПС" в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней со дня их заключения;

6) формирование в ИС "ЕПС" протокола исполнения договора соисполнения на оказание КДУ прикрепленному населению поставщика, акта оказанных услуг КДП по договору соисполнения прикрепленному населению поставщика;

7) ввод и передачу в ИС "ЕПС" данных, необходимых для выплаты СКПН, расчет и распределение которого осуществляется в соответствии с настоящим параграфом;

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

структуре доходов при оказании амбулаторно-поликлинической помощи поставщиком, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 7 к настоящим Правилам;

структуре расходов при оказании амбулаторно-поликлинической помощи поставщиком, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 8 к настоящим Правилам;

дифференцированной оплате труда работников при оказании амбулаторно-поликлинической помощи поставщиком, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 9 к настоящим Правилам;

повышении квалификации и переподготовке кадров при оказании амбулаторно-поликлинической помощи поставщиком, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 10 к настоящим Правилам;

распределении плановой суммы аванса при оказании амбулаторно-поликлинической помощи по форме согласно приложению 11 к настоящим Правилам;

9) ввод данных, необходимых для формирования отчетов, указанных в подпункте 8) настоящего пункта, осуществляется в срок до 30 (тридцатого) числа месяца, следующего за отчетным периодом.";

дополнить пунктом 55-1 следующего содержания:

"55-1. Сумма оплаты за оказание АПП субъектам ПМСП по КПН АПП за отчетный период уменьшается на сумму удержания за превышение норматива

прикрепления граждан к одному врачу общей практики, предусмотренного пунктом 8 приказа № 281.

Сумма удержания рассчитывается по формуле расчета суммы удержания за превышение норматива прикрепления граждан к одному врачу общей практики согласно приложению 11-1 к настоящим Правилам.";

пункт 57 исключить;

пункт 58 изложить в следующей редакции:

"58. Протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию амбулаторно-поликлинической помощи формируется фондом по форме согласно приложению 12 к настоящим Правилам (далее - протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию АПП) в ИС "ЕПС" в ручном или автоматизированном режиме, в котором учитываются результаты достижения поставщиком индикаторов конечного результата, рассчитанных в автоматизированном режиме в информационной системе "Дополнительный (стимулирующий) компонент подушевого норматива" (далее – ИС "ДКПН").";

пункт 61 исключить;

пункт 66 изложить в следующей редакции:

"66. Оплата суммы СКПН субъектам ПМСП и субъектам села осуществляется фондом в соответствии с Методикой формирования тарифов.";

пункт 70 изложить в следующей редакции:

"70. Для качественного и своевременного формирования платежных документов на оплату СКПН субъектам ПМСП и субъектам села в ИС "ДКПН" СИ обеспечивают:

1) ежедневную корректную выгрузку данных в автоматизированном режиме из баз данных РПН, ИС "СУКМУ", ИС "ЭРОБ" по случаям оказания медицинской помощи, влияющих на значения индикаторов конечного результата, по каждому субъекту ПМСП и в разрезе его территориальных участков;

2) ежемесячную корректную выгрузку данных в автоматизированном режиме в случае реализации сервиса взаимодействия или в ручном режиме при отсутствии данного сервиса из базы данных ИС "НРБТ" не позднее 3 (третьего) числа месяца, следующего за отчетным периодом;

3) формирование отчета по корректности и достоверности загрузки данных из информационных систем для расчета значений индикаторов конечного результата и сумм стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива по области, столице и городу республиканского значения по форме согласно приложению 20 к настоящим Правилам для предоставления в фонд в срок не позднее 5 (пятого) числа месяца, следующего за днем завершения отчетного периода;

4) по мере загрузки данных совместно с УЗ вносит до закрытия отчетного периода коррективы по отнесению спорных случаев, влияющих на значение индикаторов конечного результата (за исключением случаев материнской смертности), к конкретным субъектам ПМСП на основании протокольного решения комиссии, созданной при УЗ.;"

пункт 70-1 исключить;

пункт 77 исключить;

пункт 81 исключить;

пункты 85 и 85-1 изложить в следующей редакции:

"85. Оплата за один пролеченный случай дневного стационара осуществляется по тарифу 1/2 (одной второй) от тарифа за один пролеченный случай по КЗГ с учетом коэффициента затратоемкости стационарной помощи, кроме пролеченных случаев, оплата по которым предусмотрена в пунктах 106, 107 и 124 настоящих Правил;

85-1. Оплата за один койко-день дневного стационара осуществляется по тарифу 1/2 (одной второй) от тарифа за один койко-день и от тарифа за один пролеченный случай по расчетной средней стоимости стационарной помощи.;"

пункт 90 исключить;

пункт 98 исключить;

дополнить пунктом 112-1 следующего содержания:

"112-1. Оплата по каждому случаю за оказание специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи больным с диагнозом Незавершенный остеогенез в медицинских организациях республиканского уровня осуществляется по фактическим расходам после мониторинга качества и объема оказанной медицинской помощи с обоснованием предоставления пациенту лекарственных средств и МИ.;"

дополнить пунктом 118-1 следующего содержания:

"118-1. Оплата за оказание медицинской помощи родильницам в критическом состоянии, госпитализированным в Республиканский центр критического акушерства, осуществляется по фактическим расходам на лекарственные средства, МИ и медицинские услуги в порядке, предусмотренном пунктом 118 настоящих Правил.;"

пункт 124 изложить в следующей редакции:

"124. В условиях дневного стационара поставщикам, оказывающим медицинские услуги онкологическим больным и больным со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани оплата производится:

1) за сеансы химиотерапии по тарифу 1/4 (одной четвертой) от тарифа за один пролеченный случай по КЗГ с учетом коэффициента затратоемкости

стационарной помощи и с оплатой стоимости химиопрепаратов по фактическим затратам;

2) при оказании лучевой терапии по тарифу 1/4 (одной четвертой) от тарифа за один пролеченный случай по КЗГ с учетом коэффициента затратно-емкости стационарной помощи и с оплатой стоимости фактически оказанных сеансов лучевой терапии;

3) за сеансы химио- и лучевой терапии по тарифу 1/4 (одной четвертой) от тарифа за один пролеченный случай по КЗГ с учетом коэффициента затратно-емкости стационарной помощи и с оплатой возмещением стоимости химиопрепаратов по фактическим затратам и стоимости фактически оказанных сеансов лучевой терапии.

Все сеансы химиотерапии и лучевой терапии на 1 (одного) больного за отчетный период считаются как один пролеченный случай.";

пункт 133 изложить в следующей редакции:

"133. Сумма оплаты за оказание скорой медицинской помощи поставщику за отчетный период определяется путем умножения подушевого норматива скорой помощи на численность населения согласно договору закупу услуг.

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

дополнить пунктом 133-1 следующего содержания:

"133-1. Учет договоров закупу услуг скорой медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом, осуществляется фондом в ручном или в автоматизированном режиме в ИС "ЕПС".

При автоматизированном режиме Фонд вводит данные во вкладке "Условия договора" в модуле "Платежная система" ИС "ЕПС", подтверждает их и прикрепляет копию договора закупу услуг и дополнительных соглашений к нему при их наличии.";

пункт 134 изложить в следующей редакции:

"134. Для проведения оплаты при автоматизированном формировании счет-реестр за оказание скорой медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом, по форме согласно приложению 51 к настоящим Правилам (далее - счет-реестр за оказание скорой медицинской помощи, медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом) и корректного расчета суммы, предъявляемой к оплате, поставщик обеспечивает ежедневный персонифицированный ввод данных по формам № 110/у, № 110-2/у

и № 114/у первичной медицинской документации, утвержденным приказом № 907, в МИС интегрированной с ИС "ЕПС" (при ее наличии).";

пункт 135 изложить в следующей редакции:

"135. Протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию скорой медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом, по форме согласно приложению 52 к настоящим Правилам (далее - протокол исполнения договора закупа услуг скорой медицинской помощи) в ручном или автоматизированном режиме в ИС "ЕПС".";

пункт 137 изложить в следующей редакции:

"137. Поставщик на основании первичных документов бухгалтерского учета в срок до 30 числа месяца, следующего за отчетным периодом, обеспечивает в ИС "ЕПС" формирование за отчетный период информацию о:

1) структуре доходов при оказании скорой медицинской помощи по форме согласно приложению 56 к настоящим Правилам;

2) структуре расходов при оказании скорой медицинской помощи по форме согласно приложению 57 к настоящим Правилам;

3) дифференцированной оплате труда работников при оказании скорой медицинской помощи по форме согласно приложению 58 к настоящим Правилам ;

4) повышении квалификации и переподготовке кадров при оказании скорой медицинской помощи по форме согласно приложению 59 к настоящим Правилам ;

5) распределении плановой суммы аванса при оказании скорой медицинской помощи по форме согласно приложению 60 к настоящим Правилам;

В случае непредоставления информации, предусмотренной настоящим пунктом, формирование акта оказанных услуг за текущий отчетный период поставщику не производится до предоставления указанной информации.

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

пункт 138 изложить в следующей редакции:

"138. Фондом на основании протокола исполнения договора закупа услуг скорой медицинской помощи в ручном или автоматизированном режиме в ИС "ЕПС" формируется акт оказанных услуг по скорой медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом по форме согласно приложению 61 к настоящим Правилам (далее - акт оказанных услуг скорой медицинской помощи).";

пункт 139 исключить;

пункт 146 исключить;

пункт 148 изложить в следующей редакции:

"148. Оплата услуг, оказанных субъектами села, осуществляется по комплексному подушевому нормативу на сельское население (далее – КПН на сельское население), который включает в себя:

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

ПМСП в соответствии с приказом № 281;

КДП в соответствии с приказом № 626;

2) стимулирование работников ПМСП.";

пункт 149 изложить в следующей редакции:

"149. КПН на сельское население за отчетный период для субъектов села, оказывающих ПМСП по численности прикрепленного населения, зарегистрированного в РПН, определяется на последнюю дату отчетного месяца."
";

пункт 150 изложить в следующей редакции:

"150. Сумма оплаты за оказание услуг сельскому населению за отчетный период определяется путем умножения КПН на сельское население на среднесписочную численность прикрепленного сельского населения, зарегистрированного в РПН на отчетный период.

Среднесписочная численность прикрепленного сельского населения за отчетный период определяется путем суммирования численности прикрепленного сельского населения, зарегистрированных в РПН за каждый календарный день отчетного периода и деления полученной суммы на число календарных дней месяца.";

пункт 154 изложить в следующей редакции:

"154. Для оплаты и автоматизированного формирования в ИС "ЕПС" счета-реестра за оказание медицинской помощи сельскому населению по форме согласно приложению 65 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр за оказание услуг сельскому населению) и корректного расчета суммы, предъявляемой к оплате, субъект села обеспечивает:

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

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

3) ежедневный ввод внешних направлений на КДУ в МИС интегрированной с ИС "ЕПС" по форме № 201/у, утвержденной приказом № 907;

4) ежедневный ввод отпуска адаптированных заменителей грудного молока в ИС "ЛО";

5) ввод и подтверждение в модуле "Платежная система" ИС "ЕПС" данных по договорам соисполнения в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней со дня их заключения;

6) формирование в ИС "ЕПС" протокола исполнения договора соисполнения на оказание КДУ прикрепленному населению поставщика, акта оказанных услуг АПП по договору соисполнения прикрепленному населению поставщика;

7) ввод данных, необходимых для выплаты СКПН, расчет и распределение которого осуществляется в порядке, определенном параграфом 1 главы 1 подраздела 2 раздела 2 настоящих Правил;

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

структуре доходов при оказании медицинской помощи субъектом села по форме согласно приложению 66 к настоящим Правилам;

структуре расходов при оказании медицинской помощи субъектом села по форме согласно приложению 67 к настоящим Правилам;

структуре доходов и расходов при оказании медицинской помощи субъектом села по форме согласно приложению 68 настоящим Правилам

дифференцированной оплате труда работников при оказании медицинской помощи субъектом села по форме согласно приложению 69 к настоящим Правилам;

повышении квалификации и переподготовке кадров при оказании медицинской помощи субъектом села по форме согласно приложению 70 к настоящим Правилам;

распределении плановой суммы аванса при оказании медицинской помощи субъектом села по форме согласно приложению 71 к настоящим Правилам;

9) ввод данных, необходимых для формирования отчетов, указанных в подпункте 8) настоящего пункта, осуществляется в срок до 30 (тридцатого) числа месяца, следующего за отчетным периодом;

10) ввод данных в ИС "ДКПН" в соответствии с параграфом 1 главы 1 подраздела 2 раздела 2 настоящих Правил;

11) ежедневный ввод и подтверждение данных в ИС "ЭРСБ" по формам № 003/у первичной медицинской документации, утвержденным приказом № 907. Введенные данные после их подтверждения не подлежат корректировке, за исключением случаев ввода в ИС "ЭРСБ" результатов гистологических и патоморфологических исследований;

12) формирование выписного эпикриза в ИС "ЭРСБ", в срок не позднее дня следующего за днем выписки пациента из стационара;

13) формирование по результатам ввода данных в ИС "ЭРСБ" из медицинских карт статистическую карту выбывшего из стационара (формы № 066/у и № 003/у первичной медицинской документации, утвержденные приказом № 907).

В случае отсутствия в ИС "ЕПС" информации, предусмотренной подпунктом 7) настоящего пункта, формирование счет-реестра за оказание услуг сельскому населению за текущий отчетный период субъекту села не производится до введения указанной информации.

Субъект села по запросу фонда предоставляет копии первичных бухгалтерских документов на основании которой осуществлено формирование информации, указанной в подпункте 8) настоящего пункта.";

пункт 159 исключить;

пункт 166 изложить в следующей редакции:

"166. Формирование счета-реестра за оказание медицинской помощи онкологическим больным осуществляется в ИС "ЭРОБ" в ручном или автоматизированном режиме по форме согласно приложению 80 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр за оказание медицинской помощи онкологическим больным).";

пункт 181 исключить;

часть первую пункта 193 изложить в следующей редакции:

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

1) ежедневный ввод и подтверждение данных по формам № 003/у, 025/у первичной медицинской документации, утвержденным приказом № 907. После подтверждения правильности ввода, данные в ИС "ЭРСБ" не подлежат корректировке, за исключением случаев ввода результатов гистологических и патоморфологических исследований;

2) формирование не позднее 1 (одного) рабочего дня после дня выписки пациента из стационара - форм № 003/у, № ТБ 01/у или № ТБ 01-категория IV первичной медицинской документации, утвержденным приказом № 907;

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

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

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

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

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

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

пункт 200 исключить;

часть первую пункта 207 изложить в следующей редакции:

"207. Счет-реестр за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД формируется по форме согласно приложению 92 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр за оказание медико-социальной помощи при ВИЧ/СПИД).";

пункт 215 исключить;

пункт 230 исключить;

пункт 246 исключить;

пункт 250 изложить в следующей редакции:

"250. Оплата поставщикам за оказание услуг патологоанатомического вскрытия и патологоанатомической диагностики (далее – ПАБ) на основании договора закупа услуг на оказание патологоанатомической диагностики (далее – договор ПАБ) осуществляется забор биологического материала и его гистологическое, цитологическое и иные исследования, в том числе проводимые прижизненно, за исключением услуг, которые оплачиваются в стоимости пролеченного случая по клинико-затратным группам и медико-экономическим тарифам.";

пункты 252, 253, 254 и 255 изложить в следующей редакции:

"252. Автоматизированный учет договоров ПАБ, а также дополнительных соглашений к ним, осуществляется фондом в ИС "ЕПС" или на бумажном носителе.

Фонд вводит данные во вкладке "Условия договора" в модуле "Платежная система" ИС "ЕПС", подтверждает их и прикрепляет копию договора ПАБ и дополнительных соглашений к нему при их наличии.

253. ПАБ формирует счет-реестр за оказанные услуги патологоанатомической диагностики по форме согласно приложению 107 к

настоящим Правилам (далее - счет-реестр за оказание услуг ПАБ) в ручном или автоматизированном режиме в ИС "ЕПС" и передает в фонд.

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

По услугам патологоанатомической диагностики:

1) субъект здравоохранения, оказывающий стационарную помощь, не позднее первого рабочего дня следующего за днем констатации биологической смерти пациента обеспечивает ввод в ИС "ЭРСБ" данных по форме № 066/у, утвержденной приказом № 907, которые становятся доступными поставщику услуг патологоанатомической диагностики;

2) ПАБ обеспечивает ежедневный ввод и подтверждение данных по форме № 004/у, утвержденной приказом № 907, в лабораторной информационной системе (далее – ЛИС), при наличии интеграции с ИС "ЭРСБ" и ИС "ЕПС";

по услугам патогистологической диагностики:

1) субъект здравоохранения вносит в МИС, интегрированную с ИС "ЕПС" направление на гистологическое исследование согласно вкладному листу к форме № 201/у, утвержденной приказом № 907;

2) ПАБ обеспечивает ежедневный ввод и подтверждение данных по форме 201/у, утвержденной приказом № 907, в АИС "Поликлиника" или ЛИС;

3) ПАБ обеспечивает формирование статистического отчета в АИС "Поликлиника" или в ЛИС о количестве проведенных гистологических исследований и их категорий.

255. Фонд формирует в ручном или автоматизированном режиме в ИС "ЕПС" протокол исполнения договора закупа услуг патологоанатомической диагностики по форме согласно приложению 108 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора закупа услуг патологоанатомической диагностики).";

пункт 257 изложить в следующей редакции:

"257. Фондом на основании протокола исполнения договора закупа услуг патологоанатомической диагностики в ручном или автоматизированном режиме в ИС "ЕПС" формируется акт оказанных услуг патологоанатомической диагностики по форме согласно приложению 112 к настоящим Правилам (далее – акт оказанных услуг патологоанатомической диагностики).";

пункт 258 исключить;

пункт 266 исключить;

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

приложение 5-1 к указанному приказу исключить;

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

дополнить приложением 11-1 к указанному приказу в редакции согласно приложению 5 к настоящему приказу;

приложения 12, 16, 20, 26, 31, 47, 49, 50, 51, 52, 61, 65, 72, 79, 80, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 112, 113, 114 и 118 изложить в редакции согласно приложениям 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42 и 43 к настоящему приказу.

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

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

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

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

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

4. Настоящий приказ вводится в действие со дня его первого официального опубликования, за исключением абзацев:

тридцать шестого, тридцать седьмого, тридцать восьмого, тридцать девятого, сорокового, сорок первого, сорок второго, сорок третьего, сорок четвертого, сорок пятого, сорок шестого, шестьдесят четвертого, шестьдесят пятого, шестьдесят шестого, сто двадцатого, сто двадцать первого, сто двадцать второго, сто двадцать третьего, сто двадцать четвертого, сто двадцать пятого, сто двадцать восьмого, сто двадцать девятого, сто тридцатого пункта 1 настоящего приказа, которые вводятся в действие с 1 января 2020 года;

восемьдесят второго, восемьдесят третьего, восемьдесят четвертого, восемьдесят седьмого, восемьдесят восьмого, девяносто первого, девяносто второго, девяносто третьего, девяносто четвертого, девяносто пятого, девяносто шестого пункта 1 настоящего приказа, которые вводятся в действие с 1 октября 2019 года;

сорок седьмого пункта 1 настоящего приказа, который вводится в действие с 1 сентября 2019 года.

Исполняющий

Приложение 1
к приказу исполняющего
обязанности
министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 4-1
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

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

№ п/п	Код дефекта	Наименование дефекта	Амбулаторно-поликлиническая помощь		Стационарная и стационарозамещающая помощь (от стоимости случая)	Скорая медицинская помощь (1-3 категория) (в кратности подушевого норматива скорой помощи на 1 человека в месяц (ПН))	Транспорт (квалификация специалистов) больничной санитарной автотранспортной стоимости
			по комплексному подушевому нормативу (в кратности базового комплексного подушевого норматива на 1 человека в месяц (КПН))	затраты по которым не учитываются при оплате по комплексному подушевому нормативу (от стоимости услуги)			
1	2	3	4	5	6	7	8
1	1.0.	Необоснованная госпитализация	30 КПН	-	100%	25 ПН	-
2	1.1.	Необоснованная госпитализация пациента при отсутствии медицинских показаний	+	-	+	-	-
3	1.2.	Экстренная госпитализация пациента, помощь которому могла быть оказана в плановом порядке	+	-	+	-	-
4	2.0	Дефекты оформления медицинской документации	5 КПН	20%	10%	5 ПН	10%
		Дефекты оформления медицинской					

5	2.1.	документации, препятствующие проведению мониторинга качества и объема медицинской помощи (отсутствие в первичной медицинской документации или в медицинской документации в информационной системе результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья пациента, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи)	+	+	+	+	-
6	2.2.	Ввод данных в информационные системы здравоохранения (недостоверное, несвоевременное, неполное и некачественное введение данных)	+	+	+	+	+
7	2.3.	Несвоевременная регистрация сведений смерти, позднее 10 дней с момента смерти больного	+	-	-	-	-
8	2.4.	Отсутствие в первичной медицинской документации информированного добровольного	+	+	+		+

		согласия пациента на медицинское вмешательство				+	
9	3.0	Необоснованное завышение объема оказанной медицинской помощи/услуг	10 КПН	100%	50%	-	100%
10	3.1.	Необоснованное увеличение количества проведения лечебных и диагностических услуг	+	+	+	-	+
11	3.2.	Удорожание стоимости клиничко - диагностических услуг путем оказания более дорогих услуг при наличии альтернатив	+	+	-	-	-
12	3.3.	Завышение уровня весового коэффициента КЗГ	-	-	+	-	-
13	3.4.	Необоснованное оказание консультативно - диагностических услуг	+	+	-	-	-
14	4.0	Необоснованная повторная госпитализация	-	-	100%	-	-
15	5.0	Неподтвержденный случай оказания медицинской помощи (услуги)	100 КПН	300%	300%	30 ПН	300%
16	5.1.	Включение в счет-реестр на оплату посещений, койко - дней, неподтвержденных случаев в медицинской помощи	+	-	+	-	-
17	5.2.	Включение в счет-реестр на оплату неподтвержденных случаев	+	+	+		+

		медицинской услуги				+	
18	5.3.	Неподтвержденный случай выдачи ЛС и ИМН, в том числе по АЛО	+	-	+	-	-
19	5.4.	Прикрепление без уведомления и согласия потребителя медицинских услуг	+	-	-	-	-
20	6.0	Необоснованное отклонение лечебно – диагностических мероприятий, оказания услуг от стандартов, правил в области здравоохранения/ клинических протоколов	15 КПН	30%	30%	10 ПН	-
21	6.1.	Несвоевременное или ненадлежащее выполнение диагностических мероприятий, приведших в исходе лечения к осложнениям	+	+	+	+	-
22	6.2.	Несвоевременное или ненадлежащее выполнение лечебных мероприятий, приведших в исходе лечения к осложнениям	+	+	+	+	-
23	6.3.	Несвоевременное или ненадлежащее выполнение диагностических мероприятий, приведших в исходе лечения к ухудшениям	+	+	+	+	-
24	6.4.	Несвоевременное или ненадлежащее выполнение лечебных мероприятий, приведших в	+	+	+		-

		исходе лечения к ухудшениям					+	
25	6.5.	Несвоевременное или ненадлежащее выполнение диагностических мероприятий, с исходом лечения без перемен	+	+	+		+	-
26	6.6.	Несвоевременное или ненадлежащее выполнение лечебных мероприятий, с исходом лечения без перемен	+	+	+		+	-
27	6.7.	Несоблюдение стандартов оказания медицинской помощи	+	+	+		+	+
28	6.8.	Несоблюдение правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения (скрининг)	+	+	-		-	-
29	6.9.	Несоблюдение правил проведения профилактических прививок согласно Национального календаря прививок	+	-	-		-	-
30	6.10.	Несвоевременное обеспечение препаратами, ИМН в соответствии с клиническими протоколами и по перечню ЛС и ИМН в рамках ГОБМП/ОСМС, в том числе по АЛО	+	+	+		+	+
31	6.11.	Необоснованное назначение/выписка лекарственных средств и изделий медицинского назначения при	+	-	+			-

		отсутствии показаний				+	
32	6.12.	Несоблюдение медицинской организацией обязательств социального контракта по ПУЗ (несоответствие стандарта динамического наблюдения)	+	-	-	-	-
33	6.13.	Оказание медицинской помощи при наличии противопоказаний	+	+	+	+	-
34	6.14.	Несвоевременный доезд бригады скорой медицинской помощи по категориям вызова, приведший к развитию осложнений или ухудшению состояния больного	+	-	-	+	-
35	6.15.	Повторный вызов скорой помощи в течение 24 часов по одному и тому же заболеванию	+	-	-	+	-
36	6.16.	Несвоевременное или неполное обеспечение потребности субъектов здравоохранения в компонентах крови	-	-	-	-	-
37	6.17.	Необоснованное направление на консультативно диагностические услуги	+	-	+	-	-
38	6.18.	Полипрагмазия при оказании медицинской помощи	+	+	+	+	-
39	7.0	Длительность ожидания медицинских услуг	5 КПН	30%	-	15 ПН	-

40	7.1.	Длительность ожидания КДУ услуг более 10 календарных дней	+	+	-	-	-	
41	7.2.	Несвоевременный доезд бригады скорой медицинской помощи по категориям вызова	+	-	-	+	-	
42	8.0	Обоснованные жалобы	30 КПН	100%	100%	25 ПН	-	
43	8.1.	Жалобы на качество медицинской помощи	+	+	+	+	-	
44	8.2.	Жалобы на доступность медицинской помощи	+	+	+	+	-	
45	8.3.	Жалобы на порядок оказания медицинской помощи	+	+	+	+	-	
46	9.0.	Летальный исход, предотвратимый на уровне стационара/ АПП/ скорой медицинской помощи	50 КПН	-	100%	100 ПН	100%	
47	10.0	Случаи расхождения клинического и морфологического диагнозов	-	-	50%	-	-	
48	11.0	Услуги ВТМУ и по перечню медицинских услуг, не включенные в договор	-	100%	100%	-	-	
49	12.0	Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП/ОСМС	Снятие на сумму затрат, подтвержденных документально с уведомлением от пост					возврате сумм пациенту

продолжение таблицы

		Медико-социальная помощь					

Медицинская помощь сельскому населению (в кратности базового комплексного подушевого норматива на 1 жителя села в месяц (КПН))	Медицинская помощь онкологическим больным (кратность комплексного тарифа (КТ))	лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями) (кратность комплексного тарифа (КТ))	лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией (кратность комплексного тарифа (КТ))	больным туберкулезом (кратность комплексного тарифа (КТ))	ВИЧ-инфицированных и (или) больным СПИД;	Патологоаналитическая диагностика (стоимости услуг)
9	10	11	12	13	14	15
30 КПН	5 КТ	5 КТ	5 КТ	1КТ	-	-
+	+	+	+	+	-	-
+	+	+	+	+	-	-
5 КПН	1 КТ	1 КТ	1 КТ	0,1КТ	1 КТ	10%
+	+	+	+	+	+	+
+	+	+	+	+	+	+
-	+	+	+	+	+	-
+	+	+	+	+	+	+
10 КПН	3 КТ	3 КТ	3 КТ	0,5 КТ	-	100%
+	+	+	+	+	-	+
+	+	+	+	+	+	+
+	+	+	+	+	-	-
+	+	+	+	+	+	+
15 КПН	2 КТ	2 КТ	2 КТ	1 КТ	-	-
100 КПН	3 КТ	3 КТ	3 КТ	3 КТ	1 КТ	300%
+	+	+	+	+	+	-
+	+	+	+	+	+	+
+	+	+	+	+	+	-
+	-	-	-	-	-	-
15 КПН	3 КТ	3 КТ	3 КТ	0,3 КТ	1 КТ	-
+	+	+	+	+	+	-
+	+	+	+	+	+	-
+	+	+	+	+	+	-
+	+	+	+	+	+	-
+	+	+	+	+	-	-
+	+	+	+	+	-	-
+	+	+	+	+	+	-
+	-	-	-	-	-	-
+	-	-	-	-	-	-
+	+	+	+	+	+	-
+	+	+	+	+	+	-

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

Примечание:

Примечание: знак "+" - данные подкоды дефектов применяются для данной формы/вида медицинской помощи; знак "-" - данные коды и подкоды дефектов не применяются для данной формы/вида медицинской помощи.

Приложение 2
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 6
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Счет-реестр

за оказание амбулаторно-поликлинической помощи

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года по

Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Количество прикрепленного населения _____ человек
в том числе сельское население _____ человек*

Базовый комплексный подушевой норматив АПП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН", в месяц _____ тенге;

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

Половозрастной поправочный коэффициент _____;

Коэффициент плотности населения _____;

Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности;

Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона _____;

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

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 АПП 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 амбулаторно-поликлинической помощи сельскому населению на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН", в месяц (село): _____ тенге*, в том числе:

гарантированный компонент комплексного подушевого норматива АПП 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.

Количество школьников _____ человек

№ п /п	Наименование	Предъявлено к оплате (тенге)
1	2	3
1.	Всего за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению, в том числе:	
1.1.	за оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:	

1.1.1	за медицинское обслуживание школьников в организациях образования	
1.1.2	сумма за работу в зонах экологического бедствия	
1.1.3	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина	
1.2.	на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки	
1.3.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:	
1.4	за проведение профилактических медицинских осмотров целевых групп населения	
1.5.	за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний	
1.5.	за проведение дорогостоящих видов диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста	
1.6.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне	
2.	Сумма лизингового платежа	
	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 его наличии) /

(для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20__

года

К данному счету-реестру прилагаются следующие приложения:

1) данные о динамике численности и структуре прикрепленного населения по данным портала "Регистр прикрепленного населения" по форме согласно приложению 1 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи;

2) расчет суммы, предъявленной к оплате на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 2 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи;

3) реестр по снижению нагрузки на врача общей практики (ВОП) до уровня 1 700 человек на 1 участок по форме согласно приложению 3 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи;

4) реестр оказанных услуг первичной медико-санитарной помощи по форме согласно приложению 4 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи;

5) реестр оказанных консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторной поликлинической помощи по форме согласно приложению 5 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи;

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

7) реестр консультативно-диагностических услуг оказанных с привлечением соисполнителя по форме согласно приложению 7 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи;

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

9) реестр вызовов неотложной медицинской помощи 4 категории срочности по форме согласно приложению 9 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи;

10) реестр по обеспечению лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина по форме согласно приложению 10 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи.;

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

Примечание:

** - данные вводятся поставщиками, имеющими прикрепленное население, проживающее в сельской местности;*

*** - указываются поправочные коэффициенты, применительные к конкретному субъекту здравоохранения, оказывающему КДУ.*

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

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

Таблица №1. Динамика численности прикрепленного населения человек

№ п/п	Численность прикрепленного населения на начало отчетного периода	Количество прикрепленного населения		Количество открепленного населения				Численность прикрепленного населения на конец отчетного периода
		Итого	в т.ч. по свободному выбору	Итого	в т.ч. по причинам			
					отказ по свободному выбору	смерть	выезд	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								

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

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

Подтверждаем, что

- 1) количеству прикрепленного населения за отчетный период соответствует:
 - по новорожденным: количеству медицинских свидетельств о рождении, выданных поставщиком родовспоможения, и (или) свидетельств о рождении, зарегистрированных в органах юстиции;
 - по свободному выбору: количеству заявлений граждан и копии документов, удостоверяющих их личность;

по территориальному распределению: (указать приказ управления здравоохранения);

2) количеству открепленного населения соответствует:

по смерти: количеству справок о смерти/перинатальной смерти;

по выезду за пределы страны: количеству заявлений граждан и копии документов, удостоверяющих их личность.

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " ____ 20__
года

Приложение 2
к счету-реестру за оказание
амбулаторно-поликлинической
помощи
Форма

Расчет суммы, предъявленной к оплате на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь период: с " ____ " ____ 20__ года по " ____ " ____ 20__ года

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

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

4.	Обеспеченность психологами на 10 000 человек прикрепленного населения		
5.	Коэффициент медицинской организации		

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

№ п/п	Индикаторы оценки деятельности	Плановый показатель**			Предъявлено к оплате***			
		Целевой показатель	Количество баллов	Сумма, тенге	Фактический показатель	Количество баллов	% достижения целевого показателя	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Итого		X			X			
1.	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП							
2.	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП							
3.	Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с острыми респираторными инфекциями							
4.	Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома							
5.	Своевременно диагностированный туберкулез легких							
6.	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы							

	0-2 а (T0-T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0)							
7.	Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)							
8.	Обоснованные жалобы							

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ /

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ /

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

Место печати (при его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20 ____
года

Примечание:

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

** - значение целевого показателя соответствует данным портала "ДКПН";
количество баллов указано в максимальном значении в соответствии с Методики формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, утвержденной приказом Министра Здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 49236;

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

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

Реестр по снижению нагрузки на врача общей практики (ВОП) до уровня 1 700 человек на 1 участок

№ п/п	№ и наименование (при его наличии) нового участка	Дата открытия нового участка	Признак участка (город/село)	Профиль участка (ВОП)	Количество прикрепленного населения на участок	Результат за отчетный период*	Результат за ____ (указать нарастающий итог)*
1	2	3	4	5	6	7	8
1.							
2.							

Примечание:

* - Под результатом подразумевается описательная часть мероприятия по снижению нагрузки на врача общей практики (ВОП) до уровня 1 700 человек на 1 участок, путем создания новых участков. Необходимо указать общее количество прикрепленного населения, количество участков в организации и среднее количество прикрепленного населения на 1 участок ВОП до и после открытия новых участков.

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 его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " ____ 20__
года

Приложение 4
к счету-реестру за оказание
амбулаторно-поликлинической
помощи
Форма

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

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

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

Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его 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 5
к счету-реестру за оказание
амбулаторно-поликлинической
помощи
Форма

Реестр оказанных консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторной поликлинической помощи*

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

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

1.					
2.					
3.	Услуги по проведению скрининговых исследований на раннюю диагностику злокачественных новообразований (в разрезе видов скринингов)				
3.1.	На выявление рака молочной железы				
3.2.	На выявление рака шейки матки				
3.3.	На выявление колоректального рака				
4.	Дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста				
	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 его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20 ____
года

Примечание:

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

Приложение 6
к счету-реестру за оказание
амбулаторно-поликлинической
помощи
Форма

Реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных без привлечения соисполнителя*

период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

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

1.					
2.					
3.	Услуги по проведению скрининговых исследований на раннюю диагностику злокачественных новообразований (в разрезе видов скринингов)				
3.1	На выявление рака молочной железы				
3.2	На выявление рака шейки матки				
3.3	На выявление колоректального рака				
4.	Услуги по проведению дорогостоящих видов диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста				
	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 его 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 7
к счету-реестру за оказание
амбулаторно-поликлинической
помощи
Форма

Реестр консультативно-диагностических услуг оказанных с привлечением соисполнителя*

период: с " ____ " ____ 20__ года по " ____ " ____ 20__ года

№ п/п	Полный код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге **
1	2	3	4	5	6
Наименование соисполнителя _____ (по договору соисполнения от № _____)					
1.	Услуги по договору соисполнения, итого				
1.1.	По направлениям специалистов ПМСП, итого				
1.1.1.	Услуги по проведению скрининговых исследований на раннюю диагностику злокачественных новообразований (в разрезе видов скринингов)				
1.1.1.1	На выявление рака молочной железы				
1.1.1.2	На выявление рака шейки матки				
1.1.1.3	На выявление колоректального рака				
1.1.2.	Услуги по проведению дорогостоящих видов диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста				
1.2.	По экстренным показаниям, итого				
1.3.	По медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого				
2.	Услуги, не включенные в договор соисполнения, итого				
2.1.	По направлениям специалистов ПМСП, итого				
2.2.	По экстренным показаниям, итого:				
2.3.	По медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого				
	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 его 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 8
к счету-реестру за оказание
амбулаторно-поликлинической
помощи
Форма

Реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных детскому населению в возрасте от 6 до 17 лет включительно*

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

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

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его 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 9
к счету-реестру за оказание
амбулаторно-поликлинической
помощи

Реестр вызовов неотложной медицинской помощи 4 категории срочности
*

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

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

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата " ___ " _____ 20__
года

Примечание:

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

Приложение 10
к счету-реестру за оказание
амбулаторно-поликлинической
помощи
Форма

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

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

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

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии)/
(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20 ____
года

Приложение 11
к счету-реестру за оказание
амбулаторно-поликлинической
помощи
Форма

**Реестр оказанных консультативно-диагностических услуг с
использованием медицинской техники, приобретенной на условиях
финансового лизинга**

период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

№ п/п	Код медицинского оборудования	Наименование медицинского оборудования	Полный код услуги	Наименование услуги	Лизинговый платеж на 1 услугу, тенге	Количество услуг	Сумма лизингового платежа, предъявленная к оплате, тенге	
1	2	3	4	5	6	7	8	
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 его наличии)/
 (для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " ____ 20__
 года

Приложение 3
 к приказу исполняющего
 обязанности министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 5 ноября 2019 года
 № ҚР ДСМ-142
 Приложение 7
 к Правилам оплаты услуг
 субъектов здравоохранения
 Форма

**Информация о структуре доходов при оказании
 амбулаторно-поликлинической помощи поставщиком, оказывающим
 первичную медико-санитарную помощь
 период с " ____ " ____ 20__ года по " ____ " ____ 20__ года**

(Наименование поставщика)

№ п/п	Наименование услуги	Источники дохода, тыс.тенге		
		всего	за счет бюджетных средств	за счет внебюджетных средств
1	2	3	4	5
1.	Доход за отчетный период, всего			
	в том числе:			
1.1.	Оказание амбулаторно-поликлинической помощи:			
1.1.1	в т.ч. на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичной медико-санитарной помощи			
1.2.	Оказание консультативно-диагностических услуг			
1.3	проведение профилактических медицинских осмотров целевых групп населения			
1.4.	за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний			
1.5.	на проведение дорогостоящих видов диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста			
1.6.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне			
1.7.	Другие услуги (указать)			

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

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

Приложение 4
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 8
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

**Информация о структуре расходов при оказании
амбулаторно-поликлинической помощи поставщиком, оказывающим
первичную медико-санитарную помощь
период с " ____ " _____ 20__ года по " ____ " _____ 20__ года**

(наименование поставщика)

№	Наименование	Кассовые расходы за прошедший год (тыс. тенге)	П л а н бюджетных средств на отчетный год	Кассовые расходы по нарастанию за отчетный период (тыс.тенге)	
				всего	в т.ч. аванс
1	2	3	4	5	6
0А	Отклонение фактических расходов от кассовых за позапрошлый год, тыс.тенге	X	X	X	X
	Отклонение фактических расходов от кассовых за прошлый год, тыс.тенге	X	X	X	X
0Б	Остаток средств на расчетном счету				
0В	Поступление средств, всего:		X		

	в том числе:	X	X	X	X
1.	Оказание амбулаторно-поликлинической помощи всего:		X		
1.1.	на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичной медико-санитарной помощи		X		
2.	Оказание консультативно-диагностических услуг		X		
2.1.	в т.ч. на проведение дорогостоящих видов диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста		X		
3.	Проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний		X		
4.	Проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне				
5.	Оказание медицинской помощи по договору соисполнителя		X		
0Г	Всего расходов				
	в том числе:	X	X	X	X
I.	ТЕКУЩИЕ РАСХОДЫ:				
1.	Заработная плата всего:				
1.1.	Оплата труда				
	в том числе:	X	X	X	X
а)	врачебный персонал и провизоры				
б)	средний медицинский и фармацевтический персонал				
в)	младший медицинский персонал				
г)	прочий персонал				
1.2.	Дополнительные денежные выплаты (премии и дифференцированная оплата, единовременное пособие к отпуску, материальная помощь)				
	в том числе:	X	X	X	X
а)	врачебный персонал и провизоры				
б)	средний медицинский и фармацевтический персонал				
в)	младший медицинский персонал				
г)	прочий персонал				
1.2.1	Дифференцированная оплата				
	в том числе:	X	X	X	X
а)	врачебный персонал и провизоры				
б)	средний медицинский и фармацевтический персонал				
в)	младший медицинский персонал				

г)	Прочий персонал				
1.2.2	Стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичной медико-санитарной помощи				
	в том числе:	X	X	X	X
а)	врачебный персонал и провизоры				
б)	средний медицинский и фармацевтический персонал				
в)	прочий персонал				
1.2.3	Стимулирование работников участковой службы в работе по программе управления заболеваниями и (или) по универсально-прогрессивной модели патронажной службы				
	в том числе:	X	X	X	X
а)	врачебный персонал и провизоры				
б)	средний медицинский и фармацевтический персонал				
2.	Налоги и другие обязательства в бюджет всего:				
2.1.	Социальный налог				
2.2.	Социальные отчисления в Государственный фонд социального страхования				
2.3.	Отчисления на обязательное социальное медицинское страхование				
3.	Приобретение товаров всего:				
3.1.	Приобретение продуктов питания				
3.2.	Приобретение медикаментов и прочих медицинских изделий				
3.3.	Приобретение прочих товаров				
	в том числе:	X	X	X	X
а)	мягкий инвентарь				
4.	Приобретение лечебных низкобелковых продуктов и продуктов с низким содержанием фенилаланина				
5.	Приобретение адаптированных заменителей грудного молока				
6.	Коммунальные и прочие услуги, всего:				
6.1.	Оплата коммунальных услуг				
	в том числе:	X	X	X	X
а)	за горячую, холодную воду, канализацию				
б)	за газ, электроэнергию				
в)	за теплоэнергию				
г)	оплата услуг связи				
6.2.	Прочие услуги и работы				
	в том числе:	X	X	X	X

а)	на повышение квалификации и переподготовку кадров				
б)	на услуги по обеспечению питания				
в)	на оплата услуг по договору соисполнения				
г)	расходы на текущий ремонт зданий, сооружений и оборудования				
д)	на аренду				
7.	Другие текущие затраты, всего:				
7.1.	Командировки и служебные разъезды внутри страны				
а)	в том числе на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения				
7.2.	Командировки и служебные разъезды за пределы страны				
а)	в том числе на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения				
7.3.	Прочие текущие затраты				
8.	Лизинговые платежи				
II	ПРИБРЕТЕНИЕ ОСНОВНЫХ СРЕДСТВ				

продолжение таблицы

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				
7	8	9	10	11	12
X	X	X			
X	X	X			
		X		X	
		X		X	
X	X	X	X	X	X
		X		X	
		X		X	
		X		X	X
		X		X	
		X		X	
X	X	X	X	X	X

X	X	X		X		X		X
X	X	X		X		X		X
X	X	X		X		X		X
X	X	X		X		X		X
X	X	X		X		X		X
X	X	X		X		X		X

S – сумма удержания за превышение норматива прикрепления граждан к одному врачу общей практики, в месяц;

КПНПМСП – комплексный подушевой норматив АПП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН", в месяц, определенный для субъекта ПМСП;

ЧВОП – численность населения прикрепленного к врачам общей практики субъекта ПМСП на последний день месяца отчетного периода сверх норматива, предусмотренного пунктом 10 приказа Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 281 "Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи и Правил прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11268), за исключением численности населения прикрепленного к врачам общей практики, оказывающим медицинскую помощь в селах и поселках с численностью населения менее 3 (трех) тысяч человек, на последний день месяца отчетного периода сверх норматива.

Приложение 6
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 12
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Протокол

**исполнения договора закупа услуг по оказанию
амбулаторно-поликлиническую помощи**

№ _____ от "___" _____ 20__ года

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

по Договору № _____ от "___" _____ 20__ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

**Таблица №1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание
амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению**

--	--	--	--	--

№ п /п	Наименование	Предъявлено к оплате		Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично		Принято к оплате	
		численность населения, человек	сумма, тенге	количество случаев	сумма, тенге	численность населения, человек	сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	ВСЕГО за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению						
	в том числе:						
1.1.	за оказание амбулаторно-поликлинической помощи:						
1.1.1	за медицинское обслуживание школьников в организациях образования						
1.1.2	сумма за работу в зонах экологического бедствия						
1.1.3	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина						
1.2.	на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки						
1.3.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:						
1.4	за проведение профилактических медицинских осмотров целевых групп населения						
1.5.	за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний						
1.6.	за проведение дорогостоящих видов диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста						
1.7.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне						

Итого							
1.	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП						
2.	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП						
3.	Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями						
4.	Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома						
5.	Своевременно диагностированный туберкулез легких						
6.	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (T0-T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0)						
7.	Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)						
8.	Обоснованные жалобы						

Таблица №4. Расчет суммы лизинговых платежей

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате		Подлежит к снятию		Принято к оплате	
		Количество услуг	Сумма, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
1.							
2.							
	Итого						

Таблица №5. Расчет иных выплат/вычетов

№ п /п	В и д ы медицинской помощи	Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов / выплат)	Сумма выплаты, тенге	Сумма вычета, тенге

1	2	3	4	5
1.				
2.				
	Итого			

Всего предъявлено к оплате _____ тенге;
 Всего принято к оплате _____ тенге
 Руководитель _____ заказчика
 (уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

 (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/Подпись)
 (для протокола на бумажном носителе)
 Должностные лица заказчика: _____ / _____

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

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

 (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/Подпись)
 (для протокола на бумажном носителе)
 Ознакомлен _____ (уполномоченное
 должностное лицо поставщика): _____ / _____

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

Место печати _____ (при его наличии)/
 (для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20 _____
 года

Приложение 7
 к приказу исполняющего
 обязанности министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 5 ноября 2019 года
 № ҚР ДСМ-142
 Приложение 16
 к Правилам оплаты услуг
 субъектов здравоохранения
 Форма

Акт оказанных услуг

по амбулаторно-поликлинической помощи

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

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

по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Общая сумма Договора: _____

_____ т е н г е

в том числе общая сумма выплаченного аванса: _____

_____ т е н г е

в том числе общая сумма выплаченного аванса в декабре: _____

_____ т е н г е

в том числе общая сумма лизинговых платежей на текущий год: _____

_____ т е н г е

Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): _____

_____ т е н г е

в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: _____

_____ т е н г е

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): _____

_____ т е н г е

в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: _____

_____ тенге

Таблица №1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению

№ п /п	Наименование	Предъявлено к оплате		Принято к оплате	
		численность населения / кол-во услуг	сумма , тенге	численность населения/ кол-во услуг	сумма , тенге
1	2	3	4	5	6
1.	Всего за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению				
1.1.	за оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:				

1.1.1	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина				
1.2.	на стимулирование работников организации, оказывающей первичной медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки				
1.3.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:				
1.4	за проведение профилактических медицинских осмотров целевых групп населения				
1.5.	за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний				
1.6.	за проведение дорогостоящих видов диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста				
1.7.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне				
2.	Сумма лизингового платежа				
3.	Итого				

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

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

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

Таблица №3. Сумма лизинговых платежей

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате		Подлежит к снятию		Принято к оплате	
		Количество услуг	Сумма, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
1.							
2.							
	Итого						

Таблица №4. Сумма иных выплат/вычетов

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

Всего принято к оплате: _____ тенге, в том числе:

1. сумма на оплату лизинговых платежей: _____ тенге;
 2. удержанная сумма: _____ тенге, из них:
 - 2.1 по результатам мониторинга качества и объема: _____ тенге;
 - 2.2 по услугам вне договора _____ тенге;
 3. сумма снятая: _____ тенге / принятая: _____ тенге, из них:
 - 3.1 выплаты: _____ тенге,
 - 3.2 вычеты: _____ тенге.
- Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса: _____ тенге;
 Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит к удержанию в следующий период: _____ тенге;
 Итого начислено к перечислению: _____ тенге;
 в том числе сумма лизинговых платежей: _____ тенге.

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

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

Приложение 8
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 20
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Отчет

по корректности и достоверности загрузки данных из информационных систем для расчета значений индикаторов конечного результата и сумм стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива по области, столице и городу республиканского значения _____
период с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

№ п/п	Наименование индикатора	Источник данных	Период загруженных данных	Дата загрузки данных	Качество загрузки	Примечание
1	2	3	4	5	6	7

Руководитель С И

(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Примечание:

* корректность и полнота загрузки данных из информационных систем для расчета значений индикаторов и сумм стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива в соответствии с Методикой формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, утвержденной приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801.

Приложение 9
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 26
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

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

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

Наименование поставщика:

—
Наименование бюджетной программы:

— — — —
Наименование бюджетной подпрограммы:

—
Таблица №1. Расчет суммы, предъявленной к оплате по клинико-затратным группам за оказание специализированной медицинской помощи и высокотехнологичных медицинских услуг

Стоимость базового тарифа (ставки) _____ тенге

Поправочные коэффициенты: _____

№ п /п	Наименование	Номер группы	К о д диагноза / операции	Коэффициент затратоемкости по КЗГ	Количество пролеченных больных	Количество базовых тарифов (ставок)	Предъявлено к оплате, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8

1	Всего, в том числе:						
1.1	всего стационарная помощь, в том числе:						
1.1.1	услуги по профилю:						
1.1.2	услуги по Перечню № 1* :						
1.1.3	услуги по Перечню № 3 с применением ВТМУ:						
1.1.4	услуги больным со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани по перечню злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей и болезней крови, кроветворных органов						
1.2.	в с е г о стационарозамещающая помощь, в том числе:						
1.2.1	дневной стационар по профилю:						
1.2.2	услуги по Перечню № 2* .						
1.2.3	услуги по Перечню № 4 с применением ВТМУ:						
1.2.4	услуги больным со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани по перечню злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей и болезней крови, кроветворных органов						
1.2.5	стационар на дому						

Примечание:

** - Перечень №1 – перечень медицинских услуг стационарной медицинской помощи, перешедшие с перечня высокотехнологичных медицинских услуг;*

**** - Перечень №2 – перечень медицинских услуг стационарозамещающей медицинской помощи, перешедшие с перечня высокотехнологичных медицинских услуг.**

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

№ п /п	Наименование	Номер группы	К о д диагноза / операции	Коэффициент затратоемкости по КЗГ	Количество пролеченных больных/ сеансов	Предъявлено к оплате, тенге
1	2	3	4	5	6	7
1.	Всего, в том числе:					
1.1.	всего стационарная помощь, в том числе:					
1.1.1.	услуги по профилю:					
1.1.2.	услуги по Перечню № 1:					
1.1.3.	услуги по Перечню № 3 с применением ВТМУ:					
1.1.4.	услуги больным со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани по перечню злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей и болезней крови, кроветворных органов					
1.1.5.	за обеспечение комплектами по уходу за младенцем (аптечка новорожденного)					
1.2.	всего стационарозамещающая помощь, в том числе:					
1.2.1.	дневной стационар по профилю:					
1.2.2.	услуги по Перечню № 2:					
1.2.3.	услуги по Перечню № 4 с применением ВТМУ:					
1.2.4.	услуги больным со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани по перечню злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей и болезней крови, кроветворных органов					

Примечание:

* - Перечень №1 – перечень медицинских услуг стационарной медицинской помощи, перешедшие с перечня высокотехнологичных медицинских услуг;

** - Перечень №2 – перечень медицинских услуг стационарозамещающей медицинской помощи, перешедшие с перечня высокотехнологичных медицинских услуг.

Таблица №3. Расчет суммы, предъявленной к оплате по тарифу за один пролеченный случай по расчетной средней стоимости за оказание специализированной медицинской помощи*

Оказание _____

Стоимость за пролеченный случай по расчетной средней стоимости: _____ тенге,

№ п/п	Наименование	Количество пролеченных случаев	Количество койко-дней	Предъявлено к оплате, тенге
1	2	3	4	5
1.				
2.				
	Итого			

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

Таблица №4. Расчет суммы, предъявленной к оплате по тарифу за один койко-день за оказание специализированной медицинской помощи*

Оказание _____

Стоимость 1 койко-дня: _____ тенге.

№ п/п	Наименование	Количество пролеченных случаев	Количество койко-дней	Предъявлено к оплате, тенге
1	2	3	4	5
1.				
2.				
	Итого			

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

Таблица №5. Расчет суммы, предъявленной к оплате по медико-экономическим тарифам (по блокам/схемам лечения) за оказание специализированной медицинской помощи для детей с онкологическими заболеваниями

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

№ п/п	Индивидуальный идентификационный номер пациента	Наименование курса лечения	Наименование блока /схемы лечения	Проведено койко-дней	Предъявлено к оплате, тенге
1	2	3	4	5	6
1.					
2.					
	Итого				

Таблица №6. Расчет суммы, предъявленной к оплате по койко-дням за оказание реабилитации для детей с онкологическими заболеваниями

Стоимость 1 койко-дня: _____ тенге

№ п/п	Наименование тарифа	Количество пролеченных случаев	Количество койко-дней	Предъявлено к оплате, тенге
1	2	3	4	5
1.1.				
2.2.				
	Итого	X		

Таблица №7. Расчет суммы, предъявленной к оплате за оказание услуг в приемном покое

№ п/п	Наименование услуги	Количество	Сумма, тенге
1	2	3	4
1.			
2.			
	Итого		

Таблица №8. Расчет суммы лизинговых платежей

№ п/п	Наименование	Количество пролеченных больных	Количество услуг	Сумма лизингового платежа к оплате, тенге
1	2	3	4	5
1.	Всего с использованием медицинской техники по стационарной помощи, приобретенной на условиях финансового лизинга: Медицинское оборудование:			
1.1.				
1.2.				
2.	Всего с использованием медицинской техники по стационарозамещающей помощи, приобретенной на условиях финансового лизинга: Медицинское оборудование:			
2.1.				
2.2.				
3.	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 его наличии)/

(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20 ____

года

Приложение 10
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 31
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Протокол

**исполнения договора закупа услуг по оказанию специализированной
медицинской помощи и высокотехнологичных медицинских услуг**

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

период с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ год

(наименование заказчика)

(наименование поставщика)

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

№ п/п	Наименование	Предъявлено по счету-реестру	Плановая сумма с нарастающим итогом	Применение линейной шкалы	
				Превышение плановой суммы договора	Применение расчета поправочных коэффициентов = 1,0 за превышение плановой суммы договора

1.	I. Реестр случаев госпитализации за отчетный период, подлежащих оплате								
2.	II. Реестр случаев госпитализаций, прошедших целевой мониторинг								
2.1	за отчетный период								
2.2	за прошедший период								
3.	III. Реестр случаев госпитализации, прошедших текущий мониторинг								
3.1	за отчетный период								
3.2	за прошедший период								
4.	IV. Сумма за отчетный и прошедший периоды по случаям с летальным исходом								
4.1	за отчетный период								
4.2	за прошедший период								
5.	V. Сумма удержания за превышение плановой суммы договора с применением линейной шкалы								
6.	VI. Сумма за отчетный и прошедшие периоды, оказанным вне Договора ВТМУ и по Переченю № 1 и № 2 *	X	X	X	X	X	X	X	X
6.1	за отчетный период								
6.2	за прошедший период								
7.	VII. Сумма удержания за отчетный и прошедшие периоды по неподтвержденным фактам оказания медицинской помощи								
7.1	за отчетный период								
7.2	за прошедший период								
8.	ИТОГО по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг								

продолжение таблицы

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

X	X	X	X	X	X	X	X

продолжение таблицы

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

Примечание:

* - Перечень №1 – перечень медицинских услуг стационарной медицинской помощи, перешедшие с перечня высокотехнологичных медицинских услуг;

Перечень №2 – перечень медицинских услуг стационарозамещающей медицинской помощи, перешедшие с перечня высокотехнологичных медицинских услуг.

X	X	X	X	X	X	X	X

Примечание:

** - Перечень №1 – перечень медицинских услуг стационарной медицинской помощи, перешедшие с перечня высокотехнологичных медицинских услуг;*

Перечень №2 – перечень медицинских услуг стационарозамещающей медицинской помощи, перешедшие с перечня высокотехнологичных медицинских услуг.

Таблица №4. Расчет суммы, принимаемой к оплате по тарифу за один пролеченный случай по расчетной средней стоимости с учетом мониторинга качества и объема*

Оказание _____

№ п/п	Код/наименование перечня	Предъявлено к оплате			
		Количество случаев		Сумма, тенге	
		СМП	СЗТ	СМП	СЗТ
1	2	3	4	5	6
1.1.	I. Реестр случаев госпитализации за отчетный период, подлежащих оплате				
2.2.	II. Реестр случаев госпитализаций, прошедших целевой мониторинг				
3.2.1.	за отчетный период				
4.2.2.	за прошедший период				
5.3.	III. Реестр случаев госпитализации, прошедших текущий мониторинг				
6.3.1.	за отчетный период				
7.3.2.	за прошедший период				
8.4.	IV. Сумма за отчетный и прошедший периоды по случаям с летальным исходом				
9.4.1.	за отчетный период				
10.4.2.	за прошедший период				
11.5.	V. Сумма удержания за превышение плановой суммы договора с применением линейной шкалы				
12.6.	VI. Сумма удержания за отчетный и прошедшие периоды по неподтвержденным фактам оказания медицинской помощи				
13.6.1.	за отчетный период				
14.6.2.	за прошедший период				

Итого									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Таблица №7. Расчет суммы, принимаемой к оплате по тарифу за один пролеченный случай по средней расчетной стоимости и койко-дням за реабилитацию для детей с онкозаболеваниями с учетом мониторинга качества и объема

№	Наименование тарифа	Предъявлено к оплате по счету-реестру		Не подлежит оплате, в том числе частично		Принято к оплате	
		Количество случаев	Сумма, тенге	Количество случаев	Сумма, тенге	Количество случаев	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
1.							
Итого		X		X		X	

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

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

Таблица №9. Расчет суммы лизинговых платежей

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате		Подлежит к снятию		Принято к оплате	
		Количество услуг	Сумма, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Всего с использованием медицинской техники по стационарной помощи, приобретенной на условиях финансового лизинга: Медицинское оборудование						
2.	Всего с использованием медицинской техники по стационарозамещающей помощи, приобретенной на условиях финансового лизинга: Медицинское оборудование						
Итого							

Таблица №10. Расчет суммы иных выплат/вычетов

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

Итого

Всего предъявлено к оплате _____ тенге;
Всего принято к оплате _____ тенге
Руководитель _____ заказчика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Должностные лица заказчика: _____ / _____

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

_____ / _____

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

_____ / _____

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

Ознакомлен _____ (уполномоченное
должностное лицо поставщика): _____ / _____

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

Место печати _____ (при его наличии)/
(для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20 ____
года

Приложение 11
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 47
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Акт оказанных услуг по специализированной медицинской помощи и высокотехнологичным медицинским услугам

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года
 период с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ год
 по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование поставщика _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование подпрограммы: _____

Общая сумма Договора: _____

т е н г е

в том числе общая сумма выплаченного аванса: _____

т е н г е

в том числе общая сумма лизинговых платежей на текущий год: _____

т е н г е

Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): _____

т е н г е

в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: _____

т е н г е

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): _____

т е н г е

в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: _____

_____ тенге

Таблица №1. Сумма, принятая к оплате по клиничко-затратным группам за оказание специализированной медицинской помощи и высокотехнологичной медицинской услуги

Стоимость базового тарифа (ставки):

_____ тенге

№ п /п	Наименование	Предъявлено к оплате по счету-реестру		Принято к оплате с учетом Личейной шкалы, мониторинга и экспертизы	
		Число пролеченных больных (человек)	Сумма (тенге)	Число пролеченных больных (человек)	Сумма (тенге)
1	2	3	4	5	6
1.	Всего, в том числе:				
1.1.	всего стационарная помощь, в том числе:				

1.1.1	услуги по профилю:				
1.1.2	услуги по Перечню № 1*:				
1.1.3	услуги по Перечню № 3 с применением ВТМУ:				
1.1.4	услуги больным со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани по перечню злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей и болезней крови, кроветворных органов				
1.2.	всего стационарозамещающая помощь, в том числе:				
1.2.1	дневной стационар по профилю:				
1.2.2	услуги по Перечню № 2*:				
1.2.3	услуги по Перечню № 4 с применением ВТМУ:				
1.2.4	услуги больным со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной ткани по перечню злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей и болезней крови, кроветворных органов				
1.2.5	стационар на дому:				

Примечание:

* - Перечень №1 – перечень медицинских услуг стационарной медицинской помощи, перешедшие с перечня высокотехнологичных медицинских услуг;

Перечень №2 – перечень медицинских услуг стационарозамещающей медицинской помощи, перешедшие с перечня высокотехнологичных медицинских услуг.

Таблица №2. Сумма, принятая к оплате по фактическим затратам за оказание специализированной медицинской помощи и высокотехнологичной медицинской услуги

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

1.	Оказание специализированной медицинской помощи, в том числе:						
1.1	Стационарная медицинская помощь						
1.2	Стационароразмещающая медицинская помощь						

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

Таблица №4. Сумма, принятая к оплате по тарифу за один койко-день за оказание специализированной медицинской помощи*

Оказание _____

Стоимость 1 койко-дня: _____ тенге

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате по счету-реестру			Принято к оплате с учетом Линейной шкалы, мониторинга и экспертизы		
		Число пролеченных больных (человек)	Количество (койко-дней)	Сумма (тенге)	Число пролеченных больных (человек)	Количество (койко-дней)	Сумма (тенге)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Оказание специализированной медицинской помощи, в том числе:						
1.1	Стационарная медицинская помощь						
1.2	Стационароразмещающая медицинская помощь						

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

Таблица №5. Сумма, принятая к оплате по медико-экономическим тарифам (по блокам (схемам) курса лечения) за оказание специализированной медицинской помощи

№	Наименование блока/схемы лечения	Стоимость блока (схемы) курса лечения	Предъявлено к оплате по счету-реестру		Принято к оплате	
			Количество случаев	Сумма, тенге	Количество случаев	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7
1.						
2.						

Итого					
-------	--	--	--	--	--

Таблица №6. Сумма, принятая к оплате по койко-дням за оказание реабилитации для детей с онкозаболеваниями

№	Наименование тарифа	Предъявлено к оплате по счету-реестру		Принято к оплате	
		Количество случаев	Сумма, тенге	Количество случаев	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6
1.					
2.					
	Итого	X		X	

Таблица №7. Сумма, принятая к оплате за оказание услуг в приемном покое

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате		Принято к оплате	
		Количество оказанных услуг	Сумма (тенге)	Количество оказанных услуг	Сумма (тенге)
1	2	3	4	5	6
1.	За оказание услуг в приемном отделении				

Таблица №8. Принятая сумма лизинговых платежей

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате по счету-реестру			Принято к оплате с учетом экспертизы		
		Число пролеченных больных (человек)	Количество (услуг)	Сумма лизингового платежа (тенге)	Число пролеченных больных (человек)	Количество (услуг)	Сумма лизингового платежа (тенге)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.							
2.							
	Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга						

Таблица №10. Расчет суммы иных выплат/вычетов

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

Всего принято к оплате: _____ тенге, в том числе:

1. сумма для оплаты лизинговых платежей: _____ тенге;

2. удержанная сумма: _____ тенге, из них:

2.1. по результатам мониторинга качества и объема: _____ тенге;

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

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

2.4. по линейной шкале за превышение плановой суммы договора: _____ тенге;

3. принятая сумма: _____ тенге, из них:

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

3.2. за пролеченные случаи прошедшего периода, оказанные вне условий Договора, прошедшие мониторинг качества и объема: _____ тенге;

4. сумма снятая: _____ тенге / принятая: _____ тенге, из них:

4.1. выплаты: _____ тенге,

4.2. 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;

в том числе сумма лизинговых платежей: _____ тенге.

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

Приложение 12
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 49
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения

Перечень случаев, подлежащих оплате по стоимости клиничко-затратных групп с оплатой дополнительных расходов

№	Код МКБ-9	Наименование МКБ-9
		Высокотехнологичная медицинская услуга
1	35.991	Клипирование митрального отверстия
2	37.941	Замена автоматического кардиовертера/дефибриллятора, системы в целом
3	78.191	Применение внешнего фиксирующего устройства на кости таза, требующих этапной коррекции
4	92.291	Радио-йод терапия заболеваний щитовидной железы
5	33.5	Трансплантация легких
6	33.6	Комбинированная трансплантация комплекса "сердце – легкое"
7	52.80	Трансплантация поджелудочной железы, неуточненная
8	41.06	Трансплантация пуповинных стволовых клеток
9	37.51	Трансплантация сердца
10	55.62	Трансплантация почки от кадавра
11	00.93	Забор органа и/или ткани от кадавра для трансплантации
12	50.52	Трансплантация печени от кадавра
13	39.65	Экстракорпоральная мембранная оксигенация
14	Q78.0	Незавершенный остеогенез
		Специализированная медицинская помощь
16	41.94	Трансплантация селезенки
17	78.05	Трансплантация бедренной кости
18	78.07	Трансплантация большеберцовой и малоберцовой кости

Приложение 13
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 50
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения

Перечень случаев, подлежащих оплате по стоимости клиничко-затратных групп с оплатой дополнительных расходов

№	Код	Наименование
1	2	3
Перечень операций, подлежащих оплате по стоимости КЗГ, с дополнительным возмещением затрат		
1	02.93	Имплантация или замена электрода (электродов) интракраниального нейростимулятора
2.	03.7993	Имплантация нейростимулятора головного мозга с применением стереотаксической системы

3.	03.93	Имплантация или замена электрода (электродов) спинального нейростимулятора
4.	35.05	Эндоваскулярная замена аортального клапана
5.	36.11	Аортокоронарное шунтирование одной коронарной артерии*
6.	36.12	Аортокоронарное шунтирование двух коронарных артерий*
7.	36.13	Аортокоронарное шунтирование трех коронарных артерий*
8.	36.14	Аортокоронарное шунтирование четырех или более коронарных артерий*
9.	81.9610	Замена сустава и/или кости при опухоли костей
10.	80.267	Артроскопические операции при гемофилии
11.	80.865	Прочее местное иссечение деструкции и повреждения сустава при гемофилии
12.	81.515	Полная замена бедренной кости при гемофилии
13.	81.516	Полная замена тазобедренного сустава при гемофилии
14.	81.526	Частичная замена тазобедренного сустава при гемофилии
15.	81.545	Полная замена колена при гемофилии
16.	83.755	Перемещение или трансплантация сухожилия при гемофилии
Перечень услуг/манипуляций подлежащих оплате по стоимости КЗГ основного диагноза с дополнительным возмещением затрат		
17.	39.7916	Эндоваскулярная химиоэмболизация первичных и вторичных метастатических опухолей различных локализаций
18.	39.7949	Химиоэмболизация печеночных артерий при гепатоцеллюлярной карциноме
19.	92.231	Конформная лучевая терапия
20.	92.241	Интенсивно-модулированная лучевая терапия опухолей различных локализаций
21.	92.242	Интенсивно-модулированная лучевая терапия (IMRT) злокачественных новообразований висцеральных органов грудной клетки, брюшной полости, малого таза и лимфом
22.	92.243	ЛТМИ -лучевая терапия с модуляцией (изменением) интенсивности (флюенса) внутри пучка во время облучения при раке молочной железы
23.	92.244	ЛТМИ -лучевая терапия с модуляцией (изменением) интенсивности (флюенса) внутри пучка во время облучения органов головы и шеи
24.	92.245	Интенсивности-модулированная лучевая терапия (IMRT) при раке женских гениталий
25.	92.246	Лучевая терапия, управляемая изображениями для опухолей отдельных локализаций
26.	92.247	Дистанционная лучевая терапия с использованием фотонов на линейном ускорителе
27.	92.202	Интерстициальная лучевая терапия (брахитерапия) локализованного рака предстательной железы
28.	92.201	Высокодозная брахитерапия рака предстательной железы
29.	99.25	Полихимиотерапия (онкология)
30.	99.2900	Лечение рефрактерных форм идиопатической тромбоцитопенической пурпуры иммуноглобулинами и моноклональными антителами
31.	99.2901	Комбинированная иммуно-супрессивная терапия апластической анемии у детей
32.	99.2902	Высокодозная химиотерапия гистицитоза из клеток Лангерганса (LCH – III)
33.	99.2903	Высокодозная химиотерапия заболеваний кроветворной системы
34.	99.0601	Введение наследственного фактора VIII при его дефиците
35.	99.0602	Введение наследственного фактора IX при его дефиците
36.	В06.573.008	Имунофенотипирование "панель для миеломной болезни" в крови методом проточной цитофлуориметрии

37.	V06.574.008	Иммунофенотипирование "панель для острых лейкозов" в крови методом проточной цитофлуориметрии
38.	V06.576.008	Иммунофенотипирование "панель для хронических лейкозов/ лимфопролиферативных заболеваний" в крови методом проточной цитофлуориметрии
39.	V09.766.016	Молекулярно-цитогенетическое исследование с использованием ДНК-зондов (ФИШ-метод) клеток костного мозга (1 зонд)
40.	V09.767.016	Молекулярно-цитогенетическое исследование с использованием ДНК-зондов (ФИШ-метод) лимфоцитов периферической крови (1 зонд)
41.	V09.769.016	Молекулярно-цитогенетическое исследование с использованием ДНК-зондов (ФИШ-метод) цитологических препаратов, гистологических срезов (1 зонд)
42.	V09.800.017	Проведение HLA-типирования крови 2 класса молекулярно-генетический методом
43.	V09.799.017	Проведение HLA-типирования крови 1 класса молекулярно-генетический методом
44.	D92.320.024	Дистанционная лучевая терапия
45.	D92.320.025	Дистанционная лучевая терапия, РОД Гр
46.	D92.201.029	Внутриполостная гамматерапия (при раке шейки матки и прямой кишки), РОД 5Гр
47.	D92.060.023	Предлучевая топометрическая подготовка - центрация
48.	V06.660.011	Исследование блок-препарата опухолевой ткани иммуногистохимическим методом с использованием 1-4 маркеров
49.	V06.670.011	Исследование блок-препарата опухолевой ткани иммуногистохимическим методом с использованием 5-10 маркеров
50.	V06.671.011	Исследование блок-препарата опухолевой ткани иммуногистохимическим методом с использованием более 10 маркеров
51.	V06.667.011	Исследование чувствительности опухолевых клеток к заместительной терапии иммуногистохимическим методом
52.	V06.668.011	Исследование чувствительности опухолевых клеток к химиопрепаратам иммуногистохимическим методом
53.	V06.669.011	Исследование на лимфопролиферативные заболевания иммуногистохимическим методом (стандарт-панель)
54.	V06.673.011	Исследование лимфопролиферативных заболеваний иммуногистохимическим методом (расширенная панель)
55.	C04.010.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография перфузионная статическая головного мозга (3 проекции)
56.	C04.011.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография перфузионная динамическая головного мозга
57.	C04.001.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография статическая миокарда (3 проекции)
58.	C04.002.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография статическая скелета (1 проекция)
59.	C04.003.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография динамическая скелета (1 проекция)
60.	C04.004.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография статическая скелета - каждая последующая проекция
61.	C04.013.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография (сцинтиграфия динамическая гепатобилиарной системы)
62.	C04.014.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография (сцинтиграфия динамическая почек)

63.	C04.006.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография статическая щитовидной железы
64.	C04.012.009	Однофотонная эмиссионная компьютерная томография (сцинтиграфия динамическая сердца)
65.	C04.001.010	Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) + компьютерная томография одной анатомической зоны
66.	C04.002.010	Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) + компьютерная томография всего тела
67.	B08.851.021	Исследование биопсийного материала методом иммунофлюоресцентной микроскопии
68.	B08.851.022	Исследование гистологического/цитологического материала методом электронной микроскопии
69.	B09.801.019	Диагностика орфанных заболеваний в крови методом масс-спектрометрии
70.	B09.802.019	Лекарственный мониторинг орфанных заболеваний методом масс-спектрометрии
71.	D39.955.703	Гемодиализ в условиях круглосуточного стационара
72.	D50.920.035	Альбуминовый диализ на аппарате искусственная печень - MARS (экстракорпоральное печеночное пособие)
73.	D54.980.704	Имплантация перитонеального катетера у взрослых
74.	D54.980.705	Имплантация перитонеального катетера у детей
75.	D54.985.728	Автоматизированный перитонеальный диализ с бикарбонатным буфером на уровне круглосуточного стационара (взрослые)
76.	D54.985.709	Автоматизированный перитонеальный диализ с бикарбонатным буфером на уровне круглосуточного стационара (дети)
77.	D54.986.710	Автоматизированный перитонеальный диализ с лактатным буфером на уровне круглосуточного стационара (взрослые)
78.	D54.985.725	Автоматизированный перитонеальный диализ с лактатным буфером на уровне круглосуточного стационара (дети)
79.	D54.985.718	Постоянный перитонеальный диализ с лактатным буфером на уровне круглосуточного стационара (взрослые)
80.	D54.985.719	Постоянный перитонеальный диализ с лактатным буфером на уровне круглосуточного стационара (дети)
81.	D54.985.720	Постоянный перитонеальный диализ с бикарбонатным буфером на уровне круглосуточного стационара (взрослые)
82.	D54.985.722	Постоянный перитонеальный диализ с бикарбонатным буфером на уровне круглосуточного стационара (дети)

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

Ишемические инсульты с применением тромболитических препаратов

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

Острый инфаркт миокарда с подъемом ST с применением тромболитических препаратов		
92.	I21.0	Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда
93.	I21.1	Острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда
94.	I21.2	Острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций
95.	I21.3	Острый трансмуральный инфаркт миокарда неуточненной локализации
96.	I21.9	Острый инфаркт миокарда неуточненный
97.	I22.0	Повторный инфаркт передней стенки миокарда
98.	I22.1	Повторный инфаркт нижней стенки миокарда
99.	I22.8	Повторный инфаркт миокарда другой уточненной локализации
100.	I22.9	Повторный инфаркт миокарда неуточненной локализации
Тромбоэмболия ветвей легочной артерии с применением тромболитических препаратов		
101.	I26.0	Легочная эмболия с упоминанием об остром легочном сердце
102.	I26.9	Легочная эмболия без упоминания об остром легочном сердце
Циррозы и фиброзы печени		
103.	K70.2	Алкогольный фиброз и склероз печени
104.	K70.3	Алкогольный цирроз печени
105.	K71.7	Токсическое поражение печени с фиброзом и циррозом печени
106.	K74.0	Фиброз печени
107.	K74.1	Склероз печени
108.	K74.2	Фиброз печени в сочетании со склерозом печени
109.	K74.3	Первичный билиарный цирроз
110.	K74.4	Вторичный билиарный цирроз
111.	K74.5	Билиарный цирроз неуточненный
112.	K74.6	Другой и неуточненный цирроз печени
Применение монооксида азота в лечении легочной гипертензии		
113.	I27.0	Первичная легочная гипертензия
114.	I27.8	Другие уточненные формы легочно-сердечной недостаточности
115.	I27.9	Легочно-сердечная недостаточность неуточненная
Применение биологической терапии при болезни Крона и неспецифического язвенного колита		
116.	K50.0	Болезнь Крона тонкой кишки

117	K50.1	Болезнь Крона толстой кишки
118	K50.8	Другие разновидности болезни Крона
119	K50.9	Болезнь Крона неуточненная
120	K51.0	Язвенный (хронический) энтероколит
121	K51.1	Язвенный (хронический) илеоколит
122	K51.2	Язвенный (хронический) проктит
123	K51.3	Язвенный (хронический) ректосигмоидит
124	K51.9	Язвенный колит неуточненный

Примечание:

** - для случаев с одновременным проведением операций аортокоронарного шунтирования и протезирования сердечных клапанов.*

Приложение 14
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 51
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

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

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Количество прикрепленного населения _____ человек

Половозрастной поправочный коэффициент _____;

Коэффициент плотности населения _____;

Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности;

Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона _____;

Поправочный коэффициент _____;

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

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

Стоимость тарифа на оказание медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом: _____ тенге

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

№ п/п	Наименование	Количество вызовов	Численность населения, человек/ Количество больных	Предъявлено к оплате (тенге)
1	2	3	4	5
1.	Скорая медицинская помощь 1-3 категории срочности вызовов	X		
2.	Проведение тромболитической терапии	X		
3.	Медицинская помощь, связанная с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом		X	

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 его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20____
года

Примечание:

1) К данному счету-реестру прилагается реестр по применению тромболитических препаратов больным при оказании скорой медицинской

помощи по форме согласно приложению к счету-реестру за оказание скорой медицинской помощи и медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом.

Приложение
к счету-реестру за оказание
скорой медицинской помощи
и медицинской помощи,
связанной с транспортировкой
квалифицированных
специалистов
и (или) больного санитарным
транспортом
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 его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата "___" _____ 20__
года

1.1.2	за прошедший период						
1.2.	Реестр услуг скорой медицинской помощи, прошедших целевой мониторинг						
1.2.1	за отчетный период						
1.2.2	за прошедший период						
1.3.	Сумма удержания за неподтвержденные факты оказания медицинской помощи (услуги)						
1.3.1	за отчетный период						
1.3.2	за прошедший период						
2.	Проведение тромболитической терапии						
3.	Медицинская помощь, связанная с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом						
3.1.	Реестр услуг, связанных с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом, прошедших текущий мониторинг						
3.1.1	за отчетный период						
3.1.2	за прошедший период						
3.2.	Реестр услуг, связанных с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом, прошедших целевой мониторинг						
3.2.1	за отчетный период						
3.2.2	за прошедший период						
4.1.	Сумма удержания за неподтвержденные факты оказания медицинской помощи (услуги)						
4.1.1	за отчетный период						
4.1.2	за прошедший период						

Таблица № 2. Сумма иных выплат/вычетов

№ п/п	Основание	Сумма выплаты, тенге	Сумма вычета, тенге

1	2	3	4
1.			
2.			
	Итого		

Всего предъявлено к оплате _____ тенге;
 Всего принято к оплате _____ тенге;
 Руководитель _____ заказчика
 (уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Должностные лица заказчика: _____ / _____

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

_____ / _____

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

_____ / _____

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

Ознакомлен _____ (уполномоченное
 должностное лицо поставщика): _____ / _____

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

Место печати _____ (при его наличии)/
 (для протокола на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20 ____
 года

Приложение 16
 к приказу исполняющего
 обязанности министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 5 ноября 2019 года
 № ҚР ДСМ-142
 Приложение 61
 к Правилам оплаты услуг
 субъектов здравоохранения
 Форма

Акт оказанных услуг

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

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

период с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ год

по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Общая сумма по Договору _____ тенге

Общая сумма выплаченного аванса _____ тенге

в том числе общая сумма лизинговых платежей на текущий год: _____

_____ т е н г е

Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): _____

_____ т е н г е

в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: _____

_____ т е н г е

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): _____

_____ т е н г е

в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: _____

_____ тенге

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

№ п/п	Наименование работ (услуг)	Предъявлено к оплате, тенге		Принято к оплате, тенге	
		Количество вызовов	Сумма	Количество вызовов	Сумма
1	2	3	4	5	6
1.	Скорая медицинская помощь 1-3 категории срочности вызовов	X		X	
2.	Проведение тромболитической терапии	X		X	
3.	Медицинская помощь, связанная с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом				

Таблица № 2. Сумма иных выплат/вычетов

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

3.			
4.			
	Итого		

Всего принято к оплате: _____ тенге

1. удержанная сумма: _____ тенге, из них:

1.1. по результатам мониторинга качества и объема: _____ тенге;

2. сумма снятая: _____ тенге / принятая: _____ тенге, из них:

2.1. выплаты: _____ тенге,

2.2. вычеты: _____ тенге.

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса: _____ тенге;

Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит к удержанию в
с л е д у ю щ и й

п е р и о д : _____ тенге;

Итого начислено к перечислению: _____ тенге;

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

Приложение 17
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 65
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Счет-реестр

за оказание медицинской помощи сельскому населению

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

период: с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года
по Договору № _____ от "___" _____ 20__ года

Наименование поставщика: _____
Наименование бюджетной программы: _____
Наименование бюджетной подпрограммы: _____
Количество прикрепленного сельского населения _____
человек ;
Базовый комплексный подушевой норматив амбулаторно-поликлинической
помощи на
одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "Регистр
прикрепленного
населения", в _____ месяц _____ тенге;
Половозрастной поправочный коэффициент _____;
Коэффициент плотности населения _____;
Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности _____;
Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона _____;
Сумма за работу в зонах экологического бедствия на 1-го жителя в месяц
_____ тенге ;
Сумма на оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской
помощи на _____ 1 - го
жителя в _____ месяц _____ тенге;
Комплексный подушевой норматив на сельское население в расчете на одного
прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "Регистр
прикрепленного
населения", в _____ месяц: _____ тенге, в том числе:
гарантированный компонент комплексного подушевого норматива на одного
прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "Регистр
прикрепленного
населения" к субъекту первичной медико-санитарной помощи, в месяц _____
_____ тенге ;
сумма стимулирующий компонент подушевого норматива на одного
прикрепленного
человека, зарегистрированного в портале "Регистр прикрепленного населения" к
субъекту _____ в
месяц _____ тенге .
Количество школьников _____ человек;
Подушевой норматив на 1 школьника в месяц _____ тенге.

--	--	--

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате (тенге)
1	2	3
1.	Всего за оказание медицинской помощи прикрепленному населению, в том числе:	
1.1.	за оказание медицинской помощи:	
1.1.1.	за оказание специализированной медицинской помощи	
1.1.1.1	в том числе за обеспечение комплекта по уходу за младенцем (аптечка новорожденного)	
1.1.2.	за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению:	
1.1.2.1	за медицинское обслуживание школьников в организациях образования	
1.1.2.2	сумма за работу в зонах экологического бедствия	
1.1.2.3	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина	
1.2.	на стимулирование работников организации, оказывающей первичной медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки	
1.3.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:	
1.4.	за проведение профилактических медицинских осмотров целевых групп населения	
1.5.	за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний	
1.6.	за проведение дорогостоящих видов диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста	
1.7.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне	
2.	Сумма лизингового платежа	

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 его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20 ____
года

К данному счет-реестру прилагаются следующие приложения:

1) данные о динамике численности и структуре прикрепленного населения по данным портала "Регистр прикрепленного населения" по форме согласно приложению 1 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

2) расчет суммы, предъявленной к оплате на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичной медико-санитарной помощи по форме согласно приложению 2 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

3) реестр по снижению нагрузки на врача общей практики (ВОП) до уровня 1 700 человек на 1 участок по форме согласно приложению 3 к счету-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи;

4) реестр оказанных услуг первичной медико-санитарной помощи по форме согласно приложению 4 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

5) реестр оказанных клинико-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторной поликлинической помощи по форме согласно приложению 5 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

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

7) реестр клинико-диагностических услуг оказанных с привлечением соисполнителя по форме согласно приложению 7 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

8) реестр клинико-диагностических услуг, оказанных детскому населению в возрасте от 6 до 17 лет включительно по форме согласно приложению 8 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

9) реестр вызовов неотложной медицинской помощи 4 категории срочности по форме согласно приложению 9 к счету-реестру за оказание медицинской помощи сельскому населению;

10) реестр по обеспечению лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина по форме согласно приложению 10 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению;

11) персонифицированный реестр выписанных больных, которым оказана стационарная и стационарозамещающая помощь по форме согласно приложению

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

12) реестр оказанных клинико-диагностических услуг с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга по форме согласно приложению 12 к счету-реестру за оказание медицинской помощи поставщиком сельскому населению.

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

Приложение 1
к счету-реестру за оказание
медицинской помощи
поставщиком
сельскому населению
Форма

Данные о динамике численности и структуре прикрепленного населения по данным портала "Регистр прикрепленного населения"*
период: с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года

Таблица №1. Динамика численности прикрепленного населения человек

№ п/п	Численность прикрепленного населения на начало отчетного периода	Количество прикрепленного населения		Количество открепленного населения				Численность прикрепленного населения на конец отчетного периода
		Итого	в т.ч. по свободному выбору	Итого	в т.ч. по причинам			
1	2	3	4	5	отказ по свободному выбору	смерть	выезд	9
1.								
2.								

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

№ п/п	Возраст	Итого количество прикрепленного населения	в том числе:	
			Мужчины	Женщины
1	2	3	4	5
1.	0-12 месяцев			
2.	12 месяцев - 4 года			
3.	5-9 лет			
4.	10-14 лет			
5.	15-19 лет			
6.	20-29 лет			
7.	30-39 лет			
8.	40-49 лет			

9.	50-59 лет			
10.	60-69 лет			
11.	70 и старше			
	Итого			

Подтверждаем, что

1) количеству прикрепленного населения за отчетный период соответствует:

- по новорожденным: количеству медицинских свидетельств о рождении, выданных поставщиком родовспоможения, и (или) свидетельств о рождении, зарегистрированных в органах юстиции;

- по свободному выбору: количеству заявлений граждан и копии документов, удостоверяющих их личность;

- по территориальному распределению: (указать приказ управления здравоохранения);

2) количеству открепленного населения соответствует:

- по смерти: количеству справок о смерти /перинатальной смерти

- по выезду за пределы страны: количеству заявлений граждан и копии документов, удостоверяющих их личность

Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии) /
 (для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20__
 года

*Примечание: * - данные таблицы представляются в качестве информации о динамике численности и структуре прикрепленного населения по данным портала "Регистр прикрепленного населения" и не влияют на оплату за отчетный период.*

Расчет суммы, предъявленной к оплате на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь период: с " ___ " _____ 20__ года по " ___ " _____ 20__ года

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

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

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

№ п/п	Индикаторы оценки деятельности	Плановый показатель**			Предъявлено к оплате***			
		Целевой показатель	Количество баллов	Сумма , тенге	Фактический показатель	Количество баллов	% достижения целевого показателя	Сумма , тенге
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Итого		X			X			
1.	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП							
2.	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП							
3.	Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми							

	респираторными инфекциями							
4.	Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома							
5.	Своевременно диагностированный туберкулез легких							
6.	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (T0-T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0)							
7.	Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечнососудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)							
8.	Обоснованные жалобы							

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20 ____
года

Примечание:

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

*** - значение целевого показателя установлено в соответствии с Соглашением о результатах по целевым трансфертам на текущий финансовый год, заключенным между Министром здравоохранения Республики Казахстан и Акимом области, городов республиканского значения и столицы и соответствует данным портала "ДКПН";*

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

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

Приложение 3
к счету-реестру за оказание
медицинской помощи
сельскому населению
Форма

Реестр по снижению нагрузки на врача общей практики (ВОП) до уровня 1 700 человек на 1 участок

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

№ п/п	№ и наименование нового участка (при его наличии)	Дата открытия нового участка	Признак участка (город/село)	Профиль участка (ВОП)	Количество прикрепленного населения на участок	Результат за отчетный период*	Результат за ____ (указать нарастающий итог)*
1	2	3	4	5	6	7	8
1.							
2.							

*Примечание: * - под результатом подразумевается описательная часть мероприятия по снижению нагрузки на врача общей практики (ВОП) до уровня 1 700 человек на 1 участок, путем создания новых участков. Необходимо указать общее количество прикрепленного населения, количество участков в организации и среднее количество прикрепленного населения на 1 участок ВОП до и после открытия новых участков.*

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 его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20 ____
года

Приложение 4
к счету-реестру за оказание
медицинской помощи
поставщиком
сельскому населению
Форма

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

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

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его 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 5
 к счету-реестру за оказание
 медицинской помощи
 поставщиком с
 ельскому населению
 Форма

Реестр оказанных консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторной поликлинической помощи *

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

№ п/п	Полный код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6
1.					
2.					
3.	услуги по проведению скрининговых исследований на раннюю диагностику злокачественных новообразований (в разрезе видов скринингов)				
3.1	На выявление рака молочной железы				
3.2	На выявление рака шейки матки				
3.3	На выявление колоректального рака				
4.	Услуги по проведению дорогостоящих видов диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста				
	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 его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20 ____
года

Примечание:

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

Приложение 6
к счету-реестру за оказание
медицинской помощи
поставщиком
сельскому населению
Форма

**Реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных без
привлечения соисполнителя***

период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

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

4.	Услуги по проведению дорогостоящих видов диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста			
	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 его 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 7
к счету-реестру за оказание
медицинской помощи
поставщиком
сельскому населению
Форма

Реестр консультативно-диагностических услуг оказанных с привлечением соисполнителя*

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

№ п/п	Полный код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге **
1	2	3	4	5	6
Наименование соисполнителя _____ (по договору соисполнения от №__)					
1.	Услуги по договору соисполнения, итого				
1.1.	по направлениям специалистов ПМСП, итого				
1.1.1.	услуги по проведению скрининговых исследований на раннюю диагностику злокачественных новообразований (в разрезе видов скринингов)				
1.1.1.1	На выявление рака молочной железы				

1.1.1.2	На выявление рака шейки матки			
1.1.1.3	На выявление колоректального рака			
1.1.2.	Услуги по проведению дорогостоящих видов диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста			
1.2.	по экстренным показаниям, итого			
1.3.	по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого			
2.	Услуги, не включенные в договор соисполнения, итого			
2.1.	по направлениям специалистов ПМСП, итого			
2.2.	по экстренным показаниям, итого:			
2.3.	по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого			
	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 его наличии)/
(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " ____ 20__
года

Примечание:

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

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

Приложение 8
к счету-реестру за оказание
медицинской помощи
поставщиком
сельскому населению
Форма

Реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных детскому населению в возрасте от 6 до 17 лет включительно*

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

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

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

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

Место печати (при его 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 9
к счету-реестру за оказание
амбулаторно-поликлинической
помощи
Форма

Реестр вызовов неотложной медицинской помощи 4 категории срочности *

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

№ п/п	ИИН	Наименование услуги	Количество
1	2	3	4

1.			
2.			
	Итого		

Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата "_____" _____ 20____
года

Примечание:

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

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

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

период: с "____" _____ 20____ года по "____" _____ 20____ года

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

Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/

(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " ____ 20__

года

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

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

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

Таблица №1: Оказание специализированная медицинская помощи в форме стационарной и (или) стационарозамещающей медицинской помощи

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

Таблица №2: Обеспечение комплектами по уходу за младенцем (аптечка новорожденного)

№ п/п	ИИН матери	Количество живорожденных детей	Количество выписанных комплектов по уходу за младенцем (аптечка новорожденного)	Стоимость	Сумма
1	2	3	4	5	6
1.					
				X	

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20 ____
года

Примечание:

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

Приложение 12
к счету-реестру за оказание
медицинской помощи
поставщиком
сельскому населению
Форма

**Реестр оказанных консультативно-диагностических услуг с
использованием медицинской техники, приобретенной на условиях
финансового лизинга**

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

№ п/п	К о д медицинского оборудования	Наименование медицинского оборудования	Полный код услуги	Наименование услуги	Лизинговый платеж на 1 услугу, тенге	Количество услуг	Сумма лизингового платежа к оплате, тенге	
1	2	3	4	5	6	7	8	
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 его наличии)/

(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " ____ 20__

года

Приложение 18
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 72
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Протокол

исполнения договора закупа услуг по оказанию медицинской помощи сельскому населению

№ ____ от " ____ " ____ 20__ года

период: с " ____ " ____ 20__ года по " ____ " ____ 20__ года

по Договору № ____ от " ____ " ____ 20__ года

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						
1.1.1.1	в том числе за обеспечение комплекта по уходу за младенцем (аптечка новорожденного)						
1.1.2.	за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению:						
1.1.2.1	за медицинское обслуживание школьников в организациях образования						
1.1.2.2	сумма за работу в зонах экологического бедствия						
1.1.2.3	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина						
1.2.	на стимулирование работников организации, оказывающей первичной медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки						
1.3.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:						
1.4.	за проведение профилактических медицинских осмотров целевых групп населения						
1.5.	за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний						
1.6.	за проведение дорогостоящих видов диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста						
1.7.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне						
2.	Сумма лизингового платежа						

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

	Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично
--	--

№ п /п	Код/наименование перечня	Количество случаев		Сумма, тенге	
		СМП	СЗТ	СМП	СЗТ
1	2	3	4	5	6
1.	Реестр услуг амбулаторно – поликлинической помощи, прошедших текущий мониторинг				
1.1.	за отчетный период				
1.2.	за прошедший период				
2.	Реестр услуг амбулаторно – поликлинической помощи, прошедших целевой мониторинг				
2.1.	за отчетный период				
2.2.	за прошедший период				
3.	Сумма удержания за неподтвержденные факты оказания медицинской помощи (услуги)				
3.1.	за отчетный период				
3.2.	за прошедший период				
4.	Реестр услуг скорой медицинской помощи, прошедших текущий мониторинг				
4.1.	за отчетный период				
4.2.	за прошедший период				
5.	Реестр услуг скорой медицинской помощи, прошедших целевой мониторинг				
5.1.	за отчетный период				
5.2.	за прошедший период				
6.	Сумма удержания за неподтвержденные факты оказания скорой медицинской помощи (услуги)				
6.1.	за отчетный период				
6.2.	за прошедший период				
7.	Реестр случаев госпитализаций, прошедших текущий мониторинг				
7.1.	за отчетный период				
7.2.	за прошедший период				
8.	Реестр случаев госпитализаций, прошедших целевой мониторинг				
8.1.	за отчетный период				
8.2.	за прошедший период				
9.	Сумма за отчетный и прошедший периоды по случаям с летальным исходом				
9.1.	за отчетный период				
9.2.	за прошедший период				
10.	Сумма удержания за неподтвержденные факты оказания медицинской помощи (услуги)				
10.1	за отчетный период				

10.2	за прошедший период				
11.	Итого по результатам мониторинга качества и объема медицинской помощи				

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

№ 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 (T0-T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0)						
7.	Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)						
8.	Обоснованные жалобы						

Таблица №4. Расчет суммы лизинговых платежей

Наименование	Предъявлено к оплате		Подлежит к снятию		Принято к оплате	

№ п/п		Количество услуг	Сумма, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
Всего консультативно-диагностических услуг с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга							
1.							
2.							
	Итого						

Таблица №5. Сумма иных выплат/вычетов

№ п/п	Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов / выплат)	Сумма выплаты, тенге	Сумма вычета, тенге
1	2	3	4
1.			
2.			
	Итого		

Всего предъявлено к оплате _____ тенге;
Всего принято к оплате _____ тенге.
Руководитель _____ заказчика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Должностные лица заказчика: _____ / _____
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии))/(Подпись)
(для протокола на бумажном носителе)

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

Ознакомлен _____ (уполномоченное
должностное лицо поставщика): _____ / _____

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

Место печати _____ (при его наличии)/
(для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20 ____
_ года

Акт оказанных услуг

за оказание медицинской помощи сельскому населению

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

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

по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование поставщика : _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Общая сумма Договора: _____
_____ тенге

в том числе общая сумма выплаченного аванса: _____
_____ тенге

в том числе общая сумма выплаченного аванса в декабре: _____
_____ тенге

в том числе общая сумма лизинговых платежей на текущий год: _____
_____ тенге

Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): _____
_____ тенге

в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: _____
_____ тенге

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): _____
_____ тенге

в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: _____
_____ тенге

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

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате		Принято к оплате	
		численность населения / кол-во услуг	сумма / тенге	численность населения/ кол-во услуг	сумма / тенге
1	2	3	4	5	6

1.	Всего на оказание медицинской помощи прикрепленному населению, в том числе:				
1.1.	за оказание медицинской помощи:				
1.1.1.	за оказание специализированной медицинской помощи				
1.1.2.	за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению, в том числе:				
1.1.2.1	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина				
1.2.	на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки				
1.3.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:				
1.4.	за проведение профилактических медицинских осмотров целевых групп населения				
1.5.	за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний				
1.6.	за проведение дорогостоящих видов диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста				
1.7.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне				
2.	Сумма лизингового платежа				

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						
	Охват патронажными посещениями новорожденных в						

4.	первые 3 суток после выписки из роддома						
5.	Своевременно диагностированный туберкулез легких						
6.	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (T0-T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0)						
7.	Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)						
8.	Обоснованные жалобы						

Таблица №3. Сумма лизинговых платежей

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате		Подлежит к снятию		Принято к оплате	
		Количество услуг	Сумма, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга							
1.							
2.							
	Итого						

Таблица №4. Сумма иных выплат/вычетов

№ п/п	Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов / выплат)	Сумма выплаты, тенге	Сумма вычета, тенге
1	2	3	4
1.			
2.			
	Итого		

Всего принято к оплате: _____ тенге, в том числе:

1. сумма на возмещение лизинговых платежей: _____ тенге;

2. удержанная сумма: _____ тенге, из них:

2.1. по результатам мониторинга качества и объема: _____ тенге;

2.2. услуги вне Договора _____ тенге;

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

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

3. сумма снятая: _____ тенге / принятая: _____ тенге, из них:

3.1. выплаты: _____ тенге,

3.2 вычеты: _____ тенге

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса: _____ тенге;

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

Итого начислено к перечислению: _____ тенге;

в том числе сумма лизинговых платежей: _____ тенге.

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

Приложение 20
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 80
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Счет-реестр

за оказание медицинской помощи онкологическим больным

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Таблица № 1. Расчет суммы, предъявленной к оплате за оказание медицинской помощи онкологическим больным

№ п /п	Наименование	Предъявлено к оплате (тенге)
1	2	3
1.	Всего за оказание медицинской помощи онкологическим больным, в том числе:	
1.1.	по комплексному тарифу на одного онкологического больного	
1.2.	по фактическим затратам, в том числе:	
1.2.1	применение химиопрепаратов онкологическим больным	
1.2.2	оказание лучевой терапии:	
1.2.3	оказание услуг по Перечню № 5* (перешедшие ВТМУ)	
1.2.4	по клинико-затратным группам за оказание медицинской помощи онкологическим больным при реализации их права на свободный выбор	
1.2.5	оказание паллиативной помощи мобильными бригадами онкологическим больным IV клинической группы с отягощающей сопутствующей патологией, не позволяющей проводить специфическое лечение	
1.2.6	проведение международных телеконсультаций биообразцов опухолей через систему телепатологии	
1.2.7	проведение молекулярно-генетической и молекулярно-биологической диагностики	
2.	Сумма лизингового платежа	
3.	Итого к оплате	

Примечание:

** - Перечень 5 - Перечень кодов специализированной медицинской помощи, оказываемой в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи онкологическим больным согласно подпункта 4) пункта 163 Правил оплаты услуг субъектов здравоохранения, утвержденные приказом МЗ РК № от 29 марта 2018 года № 138.*

Таблица № 2. Расчет суммы, предъявленной к оплате по комплексному тарифу на одного онкологического больного за оказание медицинской помощи онкологическим больным

Комплексный тариф на одного онкологического больного в месяц: _____
_____ тенге

	Количество онкологических	Количество онкологических	Количество онкологических

№ п/п	Наименование	больных, зарегистрированных в ЭРОБ на начало отчетного периода	больных взятых на учет		больных снятых с учета		больных, зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода	Средне-списочная численность онкологических больных
			Всего	в том числе из других регионов	Всего	в том числе умершие		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Оказанная медицинская помощь онкологическим больным, всего							
1.								
2.								
	Итого							

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

№ п/п	Наименование	Применение химиопрепаратов онкологическим больным		Оказание лучевой терапии			Вс пре к тег
		Количество онкологических больных	Предъявлено к оплате, тенге	Количество онкологических больных	Количество сеансов лучевой терапии	Предъявлено к оплате, тенге	
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Всего, в том числе:						
1.1.	при оказании амбулаторно-поликлинической помощи:						
1.2.	при оказании стационарной медицинской помощи, в том числе:						
1.2.1	услуги по Перечню 5*						
1.3.	при оказании стационарозамещающей медицинской помощи, в том числе:						
1.3.1	услуги по Перечню 5*						

Примечание:

** - Перечень 5 - Перечень кодов специализированной медицинской помощи, оказываемой в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи онкологическим больным согласно подпункта 4) пункта 163 Правил оплаты услуг субъектов здравоохранения, утвержденные приказом МЗ РК № от 29 марта 2018 года № 138.*

Таблица № 4. Расчет суммы, предъявленной к оплате по клинико-затратным группам за оказание медицинской помощи онкологическим больным (оказание медицинских услуг с целью обеспечения доступности и качества медицинской помощи онкологическим больным (больным с предраковыми заболеваниями, направленным на верификацию диагноза) при реализации их права на свободный выбор)

Стоимость базового тарифа (ставки) _____ тенге

Поправочные коэффициенты: _____

№ п/п	Наименование	Номер группы	Код диагноза / операции	Коэффициент затратоемкости по КЗГ	Количество пролеченных больных	Количество базовых тарифов (ставок)	Предъявлено к оплате, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе:						
1.1	всего стационарная помощь						
1.2	всего стационарозамещающая помощь						

Таблица № 5. Расчет суммы, предъявленной к оплате по клинико-затратным группам за оказание медицинской помощи онкологическим больным за оказание специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи онкологическим больным по Перечню № 5*

Стоимость базового тарифа (ставки) _____ тенге

Поправочные коэффициенты: _____

№ п/п	Наименование	Номер группы	Код диагноза / операции	Коэффициент затратоемкости по КЗГ	Количество пролеченных больных	Количество базовых тарифов (ставок)	Предъявлено к оплате, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе:						
1.1	всего стационарная помощь						
1.2	всего стационарозамещающая помощь						

Примечание:

* - Перечень 5 - Перечень кодов специализированной медицинской помощи, оказываемой в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи онкологическим больным согласно подпункта 4) пункта 163 Правил оплаты услуг субъектов здравоохранения, утвержденные приказом МЗ РК № от 29 марта 2018 года № 138.

Таблица № 6. Расчет суммы, предъявленной к оплате за оказание консультативно-диагностических услуг вне комплексного тарифа на одного онкологического больного за оказание медицинской помощи онкологическим больным

№ п/п	Наименование	Количество онкологических больных	Количество услуг	Всего предъявлено к оплате, тенге
1	2	3	4	8
1.	Оказание паллиативной помощи мобильными бригадами онкологическим больным IV клинической группы с отягощающей сопутствующей патологией, не позволяющей проводить специфическое лечение			
2.	Проведение международных телеконсультаций биообразцов опухолей через систему телепатологии			
3.	Проведение молекулярно-генетической и молекулярно-биологической диагностики			

Таблица № 7. Расчет суммы лизинговых платежей

№ п/п	Наименование	Количество пролеченных больных	Количество услуг	Сумма лизингового платежа к оплате, тенге
1	2	3	4	5
1.				
2.				
	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 его наличии)/
(для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20 _____
года

К данному счету-реестру прилагаются следующие приложения*:

1) реестр движения онкологических больных по форме согласно приложению 1 к счету-реестру за оказание медицинской помощи онкологическим больным;

2) реестр оказанной медицинской помощи онкологическим больным в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по комплексному тарифу на одного онкологического больного по форме согласно приложению 2 к счету-реестру за оказание медицинской помощи онкологическим больным;

3) реестр по применению химиопрепаратов онкологическим больным в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи при оказании специализированной медицинской помощи по формам: стационарная и стационарозамещающая медицинская помощь по форме согласно приложению 3 к счету-реестру за оказание медицинской помощи онкологическим больным;

4) реестр оказанной лучевой терапии онкологическим больным в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи при оказании специализированной медицинской помощи по формам: стационарная и стационарозамещающая медицинская помощь по форме согласно приложению 4 к счету-реестру за оказание медицинской помощи онкологическим больным;

5) реестр оказанной специализированной медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи с целью обеспечения доступности и качества медицинской помощи онкологическим больным (больным с предраковыми заболеваниями, направленным на верификацию диагноза) при реализации их права на свободный выбор по форме согласно приложению 5 к счету-реестру за оказание медицинской помощи онкологическим больным;

6) реестр оказанной специализированной медицинской помощи онкологическим больным в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по Перечню № 5** по формам: стационарная и стационарозамещающая медицинская помощь по форме согласно приложению 6 к счету-реестру за оказание медицинской помощи онкологическим больным;

7) реестр консультативно-диагностических услуг вне комплексного тарифа на одного онкологического больного за оказание медицинской помощи онкологическим больным.

Примечание:

** - источник данных - информационная система "Электронный регистр онкологических больных";*

*** - Перечень 5 - Перечень кодов специализированной медицинской помощи, оказываемой в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской*

помощи онкологическим больным согласно подпункта 4) пункта 163
Правил оплаты услуг субъектов здравоохранения, утвержденные приказом МЗ
РК № от 29 марта 2018 года № 138.

Приложение 1
к счету-реестру за оказание
медицинской помощи
онкологическим больным

Реестр движения онкологических больных*

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

№ п/п	Период (календарный день месяца)	Количество онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ на начало календарного дня месяца	Количество онкологических больных взятых на учет		Количество онкологических больных снятых с учета		Количество онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ на конец календарного дня месяца	Среднесписочная численность онкологических больных
			Всего	в том числе из других регионов	Всего	в том числе умершие		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
	Итого							

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата " ___ " _____ 20__
года

*Примечание: *- источник данных - информационная система "Электронный реестр онкологических больных".*

Приложение 2
к счету-реестру за оказание
медицинской помощи
онкологическим больным

Реестр оказанной медицинской помощи онкологическим больным по комплексному тарифу на одного онкологического больного*
 период: с " ____ " _____ 20__ года по " ____ " _____ 20__ года

Таблица № 1. Перечень оказанных консультативно-диагностических услуг:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5
1.				
	Итого	X		

Таблица № 2. Перечень пролеченных случаев специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи

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

Руководитель поставщика
 (уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

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

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

Реестр по применению химиопрепаратов онкологическим больным при оказании специализированной медицинской помощи по формам: стационарная и стационарозамещающая медицинская помощь период: с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года

№ п/п	ИИН пациента	№ медицинской карты	Основной заключительный диагноз		Расход на химиопрепараты					
			Код МКБ -10	Наименование	Наименование препарата	Форма выпуска	Доза 1 единицы, мг	Стоимость 1 единицы, тенге	Назначенная доза, в мг	Колич препар
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.	Всего применено химиопрепаратов онкологическим больным, в том числе:									
1.1	по онкологическим больным, состоящим на учете в онкологическом диспансере, итого									
1.2	по онкологическим больным, не состоящим на учете в онкологическом диспансере, итого									
										итого
	(наименование онкологического диспансера, где состоит на учете онкологический больной)									

Руководитель поставщика
 (уполномоченное должностное лицо): _____ /

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ /

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

Место печати (при его наличии) /
 (для документа на бумажном носителе) Дата "___" _____ 20__
 года

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

Реестр оказанной лучевой терапии онкологическим больным при оказании специализированной медицинской помощи по формам: стационарная и стационарозамещающая медицинская помощь* период: с " ____ " _____ 20__ года по " ____ " _____ 20__ года

№ п/п	ИИН	№ медицинской карты	Основной заключительный диагноз		Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Количество сеансов	Суммарная очаговая доза облучения грей (Гр)	Предъявлено к оплате тенге
			Код МКБ -10	Наименование						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.	Всего применено химиопрепаратов онкологическим больным, в том числе:									
1.1	по онкологическим больным, состоящим на учете в онкологическом диспансере, итого									
1.2	по онкологическим больным, не состоящим на учете в онкологическом диспансере, итого									
	_____, итого (наименование онкологического диспансера, где состоит на учете онкологический больной)									

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

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

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

Реестр оказанной специализированной медицинской помощи с целью обеспечения доступности и качества медицинской помощи онкологическим больным (больным с предраковыми заболеваниями, направленным на верификацию диагноза) при реализации их права на свободный выбор*

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

№ п/п	Профиль койки	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		Номер группы КЗГ	Коэф. затрат по КЗГ
						Код МКБ -10	Наименование	Код МКБ -9	Наименование		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе:										
1.1	итого стационарная помощь, в том числе:										
	_____, итого (наименование онкологического диспансера, в котором состоит на учете онкологический больной)										
1.2	итого стационарозамещающая помощь, в том числе:										
	_____, итого (наименование онкологического диспансера, в котором состоит на учете онкологический больной)										

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата "___" _____ 20__ года

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

**Реестр оказанной специализированной медицинской помощи в форме
стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи
онкологическим больным по Перечню № 5***
период с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

№ п/п	Профиль койки	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Основной заключительный диагноз		Основная операция		Номер группы КЗГ	Коэф. затрат по КЗГ
						Код МКБ -10	Наименование	Код МКБ -9	Наименование		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе:										
1.1	итого стационарная помощь, в том числе:										
	_____, итого (наименование онкологического диспансера) _____, состоит на учете онкологический больной)										
1.2	итого стационарозамещающая помощь, в том числе:										
	_____, итого (наименование онкологического диспансера) _____, состоит на учете онкологический больной)										

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20 ____
года

Примечание:

* - Перечень 5 - Перечень кодов специализированной медицинской помощи, оказываемой в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи онкологическим больным согласно подпункта 4) пункта 163 Правил оплаты услуг субъектов здравоохранения, утвержденные приказом МЗ РК № от 29 марта 2018 года № 138;

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

Приложение 7
к счету-реестру за оказание
медицинской помощи
онкологическим больным

Реестр консультативно-диагностических услуг вне комплексного тарифа на одного онкологического больного за оказание медицинской помощи онкологическим больным*

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

№ п/п	Полный код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6
1.		Оказание паллиативной помощи мобильными бригадами онкологическим больным IV клинической группы с отягощающей сопутствующей патологией, не позволяющей проводить специфическое лечение			
2.		Проведение международных телеконсультаций биообразцов опухолей через систему телепатологии			
3.		Проведение молекулярно-генетической и молекулярно-биологической диагностики			
		Итого			

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии)/
(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " ____ 20 ____
года

Примечание:

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

Приложение 21
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 86
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Протокол

исполнения договора закупа услуг по оказанию медицинской помощи онкологическим больным

№ ____ от " ____ " ____ 20 ____ года

период: с " ____ " ____ 20 ____ года по " ____ " ____ 20 ____ года

по Договору № ____ от " ____ " ____ 20 ____ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Таблица № 1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание медицинской помощи онкологическим больным

№ п /п	Наименование	Предъявлено к оплате, тенге	Снято, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4	5
1.	Всего за оказание медицинской помощи онкологическим больным, в том числе:			
1.1.	по комплексному тарифу на одного онкологического больного			
1.2.	по фактическим затратам, в том числе:			
1.2.1.	применение химиопрепаратов онкологическим больным			
1.2.2.	оказание лучевой терапии:			
1.2.3.	оказание услуг по Перечню № 5* (перешедшие ВТМУ)			

4.1	за отчетный период						
4.2	за прошедший период						
5.	V. Сумма за отчетный и прошедший периоды по случаям с летальным исходом						
5.1	за отчетный период						
5.2	за прошедший период						
6.	VI. Сумма удержания за неподтвержденные факты оказания медицинской помощи (услуги)						
6.1	за отчетный период						
6.2	за прошедший период						
7.	ИТОГО по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг						

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

№ п /п	Наименование	Применение химиопрепаратов онкологическим больным			Оказание лучевой терапии			Всего
		Предъявлено к оплате, тенге	Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично, тенге*	Принято к оплате, тенге	Предъявлено к оплате, тенге	Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично, тенге*	Принято к оплате, тенге	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Всего, в том числе:							
1.1.	при оказании амбулаторно-поликлинической помощи:							
1.2.	при оказании стационарной медицинской помощи, в том числе:							
1.2.1	услуги по Перечню 5*							
1.3.	при оказании стационарозамещающей							

3.1	за отчетный период													
3.2	за прошедший период													
4.	IV. Сумма за отчетный и прошедший периоды по случаям с летальным исходом													
4.1	за отчетный период													
4.2	за прошедший период													
5.	V. Сумма удержания за неподтвержденные факты оказания медицинской помощи (услуги)													
5.1	за отчетный период													
5.2	за прошедший период													
5.	ИТОГО по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг													

Таблица № 5. Расчет суммы, принимаемой к оплате оказанной специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи онкологическим больным по Перечню № 5*

№ п/п	Код/наименование перечня	Предъявлено к оплате				Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично				Принято к оплате				
		Количество случаев		Сумма, тенге		Количество случаев		Сумма, тенге		Количество случаев		Сумма, тенге		
		СМП	СЗТ	СМП	СЗТ	СМП	СЗТ	СМП	СЗТ	СМП	СЗТ	СМП	СЗТ	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
1.	I. Реестр случаев госпитализаций за отчетный период, подлежащих оплате					X	X	X	X					
2.	II. Реестр случаев госпитализаций за отчетный период, прошедших целевой мониторинг													
2.1	за отчетный период													
2.2	за прошедший период													

1.	отягощающей сопутствующей патологией, не позволяющей проводить специфическое лечение		
2.	Проведение международных телеконсультаций биообразцов опухолей через систему телепатологии		
3.	Проведение молекулярно-генетической и молекулярно-биологической диагностики		

Таблица № 7. Расчет суммы лизинговых платежей

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате		Подлежит к снятию		Принято к оплате	
		Количество услуг	Сумма, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
	Всего консультативно-диагностических услуг с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга						
1.							
2.							
	Итого						

Таблица № 8. Расчет суммы иных выплат/вычетов

№ п/п	Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов / выплат)	Выплаты, сумма тенге	Вычеты, сумма тенге
1	2	3	4
1.			
	Итого		

Всего предъявлено к оплате _____ тенге;

Всего принято к оплате _____ тенге

Руководитель _____ заказчика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Должностные лица заказчика: _____ / _____

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

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

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

Ознакомлен _____
должностное лицо поставщика): _____ / _____

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

Примечание:

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

Приложение
 к протоколу исполнения
 договора закупа услуг при
 оказании медицинской помощи
 онкологическим больным
 Форма

Реестр онкологических больных с несвоевременной регистрацией сведений о смерти в "Электронном регистре онкологических больных"*

Комплексный тариф на одного онкологического больного в месяц: _____ тенге

Комплексный тариф на одного онкологического больного в день: _____ тенге

№ п/п	ИНН	Дата постановки на учет	Дата смерти	Дата снятия с учета	Количество дней нахождения на учете после даты смерти	Сумма, подлежащая снятию, тенге		
						всего	в.т.ч. за несвоевременное снятие с учета	штрафные санкции
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
	Итого	X	X	X	X			

Руководитель заказчика
 (уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Должностные лица заказчика: _____ / _____

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

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

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

Ознакомлен _____ (уполномоченное
должностное лицо поставщика): _____ / _____

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

Место печати _____ (при его наличии)/
(для документа на бумажном носителе) Дата "_____" _____ 20 ____
_ года

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

Приложение 22
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 88
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Акт оказанных услуг

за оказание медицинской помощи онкологическим больным

№ _____ от "____" _____ 20 ____ года

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

по Договору № _____ от "____" _____ 20 ____ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Общая сумма Договора: _____

____ тенге

в том числе общая сумма выплаченного аванса: _____
_____ тенге

в том числе общая сумма лизинговых платежей на текущий год: _____
_____ тенге

Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): _____
_____ тенге

в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: _____
_____ тенге

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): _____
_____ тенге

в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: _____
_____ тенге

Таблица № 1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание медицинской помощи онкологическим больным

Комплексный тариф на одного онкологического больного в месяц: _____
_____ тенге

№ п /п	Наименование	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4
1.	Всего за оказание медицинской помощи онкологическим больным, в том числе:		
1.1.	по комплексному тарифу на одного онкологического больного		
1.2.	по фактическим затратам, в том числе:		
1.2.1	применение химиопрепаратов онкологическим больным		
1.2.2	оказание лучевой терапии:		
1.2.3	оказание услуг по Перечню № 5*		
1.2.4	по клинико-затратным группам за оказание медицинской помощи онкологическим больным при реализации их права на свободный выбор		
1.2.5	оказание паллиативной помощи мобильными бригадами онкологическим больным IV клинической группы с отягощающей сопутствующей патологией, не позволяющей проводить специфическое лечение		
1.2.6	проведение международных телеконсультаций биообразцов опухолей через систему телепатологии		
1.2.7	проведение молекулярно-генетической и молекулярно-биологической диагностики		
2.	Сумма лизингового платежа		
3.	Итого к оплате		

Примечание:

** - Перечень 5 - Перечень кодов специализированной медицинской помощи, оказываемой в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи онкологическим больным согласно подпункта 4) пункта 163 Правил оплаты услуг субъектов здравоохранения, утвержденные приказом МЗ РК № от 29 марта 2018 года № 138.*

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

№ п/п	Наименование	Количество онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода	Среднесписочная численность онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4	5	6
1.	Оказание медицинской помощи онкологическим больным				

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

№ п/п	Наименование	Применение химиопрепаратов онкологическим больным		Оказание лучевой терапии		Всего	
		Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Всего, в том числе:						
1.1.	при оказании амбулаторно-поликлинической помощи:						
1.2.	при оказании стационарной медицинской помощи, в том числе:						
1.2.1.	оказание услуг по Перечню № 5*						
1.3.	при оказании стационарозамещающей медицинской помощи, в том числе:						
1.3.1.	оказание услуг по Перечню № 5*						

Примечание:

** - Перечень 5 - Перечень кодов специализированной медицинской помощи, оказываемой в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской*

помощи онкологическим больным согласно подпункта 4) пункта 163 Правил оплаты услуг субъектов здравоохранения, утвержденные приказом МЗ РК № от 29 марта 2018 года № 138.источник данных - информационная система " Электронный регистр онкологических больных".

Таблица № 4. Расчет суммы, принятой к оплате по клинико-затратным группа за оказание медицинской помощи онкологическим больным (оказание медицинских услуг с целью обеспечения доступности и качества медицинской помощи онкологическим больным (больным с предраковыми заболеваниями, направленным на верификацию диагноза) при реализации их права на свободный выбор)

Стоимость базового тарифа (ставки) _____ тенге

№ п/п	Наименование	Номер группы	Предъявлено к оплате		Принято к оплате	
			Количество пролеченных больных	Сумма , тенге	Количество пролеченных больных	Сумма , тенге
1	2	3	4	5	6	7
1.	Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе:					
1.1.	всего стационарная помощь					
1.2.	всего стационарозамещающая помощь					

Таблица № 5. Расчет суммы, предъявленной к оплате по клинико-затратным группам за оказание медицинской помощи онкологическим больным за оказание специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи онкологическим больным по Перечню № 5*

Стоимость базового тарифа (ставки) _____ тенге

№ п/п	Наименование	Номер группы	Предъявлено к оплате		Принято к оплате	
			Количество пролеченных больных	Сумма , тенге	Количество пролеченных больных	Сумма , тенге
1	2	3	4	5	6	7
1.	Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе:					
1.1.	всего стационарная помощь					
1.2.	всего стационарозамещающая помощь					

Таблица № 6. Расчет суммы, предъявленной к оплате за оказание консультативно-диагностических услуг вне комплексного тарифа на одного онкологического больного за оказание медицинской помощи онкологическим больным

№ п/п	Наименование	Количество	Сумма , тенге	Всего предъявлено

№ п/п		Количество онкологических больных	Количество услуг	к оплате, тенге
1	2	3	4	8
1.	Оказание паллиативной помощи мобильными бригадами онкологическим больным IV клинической группы с отягощающей сопутствующей патологией, не позволяющей проводить специфическое лечение			
2.	Проведение международных телеконсультаций биообразцов опухолей через систему телепатологии			
3.	Проведение молекулярно-генетической и молекулярно-биологической диагностики			

Таблица № 7. Принятая сумма по лизинговым платежам

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате по счету-реестру			Принято к оплате с учетом мониторинга и экспертизы		
		Число пролеченных больных (человек)	Количество (услуг)	Сумма лизингового платежа (тенге)	Число пролеченных больных (человек)	Количество (услуг)	Сумма лизингового платежа (тенге)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.							
2.							
	Итого:						

Таблица № 8. Сумма иных выплат/вычетов

№ п/п	Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов / выплат)	Выплаты, сумма тенге	Вычеты, сумма тенге
1	2	3	4
1.			
	Итого		

Всего принято к оплате: _____ тенге, в том числе:

1. сумма на оплату лизинговых платежей: _____ тенге;

2. удержанная сумма: _____ тенге, из них:

2.1. по результатам мониторинга качества и объема: _____ тенге;

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

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

3. Сумма снятая: _____ тенге / принятая: _____ тенге, из них:

3.1. выплаты: _____ тенге,

3.2. вычеты: _____ тенге.

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса: _____ тенге;

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

Итого начислено к перечислению: _____ тенге;

в том числе сумма лизинговых платежей: _____ тенге.

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

Примечание:

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

Приложение 23
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 89
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Счет-реестр за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Численность больных по договору: _____

Таблица №1. Расчет суммы, предъявленной к оплате за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате (тенге)
1	2	3
1.	Всего за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом, в том числе:	
1.1.	по комплексному тарифу на одного больного туберкулезом	
1.2.	за обеспечение противотуберкулезными препаратами	
2.	Итого к оплате	

Таблица №2. Расчет суммы, предъявленной к оплате по комплексному тарифу оказание медицинской помощи больным туберкулезом

Комплексный тариф в месяц: _____ тенге

№ п/п	Наименование	Количество больных туберкулезом, зарегистрированных на начало отчетного периода	Количество больных туберкулезом взятых на учет		Количество больных туберкулезом снятых с учета		Количество больных туберкулезом, зарегистрированных на конец отчетного периода	Средне-списочная численность больных туберкулезом,	П к т
			Всего	в том числе из других регионов	Всего	в том числе умершие			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1
1.	оказание медицинской помощи больным туберкулезом по комплексному тарифу								

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

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

Итого к оплате: _____ тенге

Руководитель _____

поставщик _____

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

Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

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

Примечание:

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

Приложение 3
к счету-реестру за оказание
медико-социальной помощи
больным туберкулезом
Форма

Реестр оказанной медицинской помощи и консультативно-диагностических услуг с привлечением соисполнителя*
период: с " ____ " _____ 20__ года по " ____ " _____ 20__ года

Таблица №1: Перечень оказанных консультативно-диагностических услуг

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

Наименование соисполнителя _____ (по договору соисполнителя от _____ № _____)

1.	услуги по договору соисполнения, итого:			
1.1.	по направлениям специалистов ПМСП, итого			
1.2.	по экстренным показаниям, итого			
1.3.	по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого			
2.	услуги, не включенные в договор соисполнения, итого:			
2.1.	по направлениям специалистов ПМСП, итого			
2.2.	по экстренным показаниям, итого			
2.3.	по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого			
3.	Итого:			

Таблица №2. Перечень пролеченных случаев специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи

№ п/п	Профиль койки	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Повод обращения	Основной заключительный диагноз	
							Код МКБ-10	Наименование
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Наименование соисполнителя _____ (по договору соисполнения от _____ № _____)

1.	Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе:			
1.1.	итого стационарная помощь, в том числе:			
1.2.	итого стационарозамещающая помощь, в том числе:			
2.	Всего случаев, не включенных в договор соисполнения, итого			
2.1.	итого стационарная помощь, в том числе:			
2.2.	итого стационарозамещающая помощь, в том числе:			

продолжение таблицы

Основная операция		Исход лечения	Количество пролеченных случаев	Количество койко-дней	Количество случаев
Код МКБ-9	Наименование				
10	11	12	13	14	15

Наименование соисполнителя _____ (по договору соисполнения от _____
_№____)

Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе:					
Всего случаев, не включенных в договор соисполнения, итого					

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

№ п/п	Профиль койки	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Повод обращения	Основной заключительный диагноз	
							Код МКБ-10	Наименование
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Наименование соисполнителя _____ (по договору соисполнения от _____ _№____)								
1.	Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе:							
1.1.	итого стационарная помощь, в том числе:							
1.2.	итого стационарозамещающая помощь, в том числе:							
2.	Всего случаев, не включенных в договор соисполнения, итого							
2.1.	итого стационарная помощь, в том числе:							
2.2.	итого стационарозамещающая помощь, в том числе:							

продолжение таблицы

Основная операция		Исход лечения	Количество пролеченных случаев	Количество койко-дней	Количество случаев
Код МКБ-9	Наименование				
10	11	12	13	14	15
Наименование соисполнителя _____ (по договору соисполнения от _____ _№____)					
Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе:					
Всего случаев, не включенных в договор соисполнения, 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 его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата "_____" _____ 20__
года

Примечание:

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

Приложение 4
к счету-реестру за оказание
медико-социальной помощи
больным туберкулезом
Форма

Реестр по применению противотуберкулезных препаратов *
период: с "____" _____ 20__ года по "____" _____ 20__ года

№ п/п	И И Н пациента	№ медицинской карты	Основной заключительный диагноз		Расход на противотуберкулезные препараты						
			Код МКБ -10	Наименование	Наименование препарата	Форма выпуска	Доза 1 единицы, мг	Стоимость 1 единицы, тенге	Назначенная доза, в мг	Колич препар	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
1.	Всего применено больным туберкулезом, в том числе:										
1.1	по больным туберкулезом, состоящим на учете в диспансере, итого										
1.2	По больным туберкулезом, не состоящим на учете в диспансере, итого										
	_____, итого (наименование туберкулезного диспансера, где состоит на учете туберкулезный больной)										

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20 ____
года

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

Приложение 24
к приказу исполняющего
обязанности
министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 90
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

**Протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию
медико-социальной помощи больным туберкулезом**

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

**Таблица №1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание
медико-социальной помощи больным туберкулезом**

№ п /п	Наименование	Предъявлено к оплате, тенге	Снято, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4	5
1.	Всего за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом, в том числе:			
1.1.	по комплексному тарифу			

1.2.	за обеспечение противотуберкулезными препаратами			
2.	Итого			

Таблица №2. Расчет суммы, принимаемой к оплате по комплексному тарифу за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате, тенге		Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично		Принято к оплате, тенге	
		Количество случаев/больных	Сумма, тенге	Количество случаев/больных	Сумма, тенге	Количество случаев/больных	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Среднесписочная численность больных туберкулезом		X	X	X		X
2.	Реестр случаев госпитализаций, прошедших текущий мониторинг						
2.1	за отчетный период						
2.2	за прошедший период						
3.	Реестр случаев госпитализаций, прошедших целевой мониторинг						
3.1	за отчетный период						
3.2	за прошедший период						
4.	Сумма за отчетный и прошедший периоды по случаям с летальным исходом						
4.1	за отчетный период						
4.2	за прошедший период						
5.	Сумма удержания за неподтвержденные факты оказания медицинской помощи (услуги)						
5.1	за отчетный период						
5.2	за прошедший период						
6.	ИТОГО по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг						

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

	Применение противотуберкулезных препаратов больным туберкулезом
--	---

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

Таблица № 4. Расчет суммы иных выплат/вычетов

№ п/п	Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов / выплат)	Выплаты, сумма тенге	Вычеты, сумма тенге
1	2	3	4
1.			
	Итого		

Всего предъявлено к оплате _____ тенге;

Всего принято к оплате _____ тенге

Руководитель _____ заказчика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

— — — — —

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

Должностные лица заказчика: _____ / _____

—

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

_____ / _____

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

_____ / _____

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

Ознакомлен _____ (уполномоченное
должностное лицо поставщика): _____ / _____

— — — — —

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

Место печати (при его наличии)/
 (для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20 ____
 года

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

Приложение
 к протоколу исполнения
 договора закупа услуг по
 оказанию медико-социальной
 помощи больным туберкулезом
 Форма

Реестр больных туберкулезом с несвоевременной регистрацией сведений о смерти*

Комплексный тариф в месяц: _____ тенге

Комплексный тариф в день: _____ тенге

№ п/п	ИНН	Дата постановки на учет	Дата смерти	Дата снятия с учета	Количество дней нахождения на учете после даты смерти	Сумма, подлежащая снятию, тенге		
						всего	в.т.ч. за несвоевременное снятие с учета	штрафные санкции
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
	Итого							

Руководитель заказчика
 (уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Должностные лица заказчика: _____ / _____

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

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

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

Ознакомлен _____ (уполномоченное

должностное лицо поставщика): _____ / _____

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

Место печати (при его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата "_____" _____ 20 ____
года

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

Приложение 25
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 91
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Акт оказанных услуг

за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом

№ _____ от "_____" _____ 20 ____ года

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

по Договору № _____ от "_____" _____ 20 ____ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Общая сумма Договора: _____ тенге

в том числе общая сумма выплаченного аванса: _____ тенге

Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): _____ тенге

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): _____ тенге

Таблица №1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом

Комплексный тариф в месяц: _____ тенге

--	--	--	--

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4
1.	Всего за оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом, в том числе:		
1.1.	по комплексному тарифу		
1.2.	за обеспечение противотуберкулезными препаратами		
2.	Итого к оплате		

Таблица №2. Расчет суммы, принятой к оплате по комплексному тарифу

п/п	Наименование	Количество больных туберкулезом, зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода	Среднесписочная численность больных туберкулезом, зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4	5	6
1	Оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом				

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

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

Таблица № 4. Расчет суммы иных выплат/вычетов

№ п/п	Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов / выплат)	Выплаты, сумма тенге	Вычеты, сумма тенге
1	2	3	4
1.			
	Итого		

Всего принято к оплате: _____ тенге, в том числе:

1. удержанная сумма: _____ тенге, из них:

1.1. по результатам мониторинга качества и объема: _____ тенге;

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

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

2. сумма снятая: _____ тенге / принятая: _____ тенге, из них:

2.1. выплаты: _____ тенге,

2.2. вычеты: _____ тенге.

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса: _____ тенге;

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

Итого начислено к перечислению: _____ тенге;

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

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

Приложение 26
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 92
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

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

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

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

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате (тенге)
1	2	3
1.	Всего за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД в том числе:	
1.1.	по комплексному тарифу на одного ВИЧ-инфицированного и (или) больного СПИД	
1.2.	за обеспечение антиретровирусными препаратами	
2.	Итого к оплате	

Комплексный тариф в месяц: _____ тенге

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

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

№ п/п	Наименование	Применение антиретровирусных препаратов	
		Количество ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД	Предъявлено к оплате, тенге
1	2	3	4
1.	Всего, в том числе:		
1.1.	при оказании амбулаторно-поликлинической помощи		
1.2.	при оказании стационарной медицинской помощи		

Итого к оплате: _____ тенге
Руководитель _____ поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " ____ 20 ____
года

К данному счету-реестру прилагаются следующие приложения*:

- 1) реестр движения ВИЧ-инфицированных и больных СПИД по форме согласно приложению 1 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД;
- 2) реестр оказанной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИД по комплексному тарифу по форме согласно приложению 2 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД;
- 3) сводный реестр данных об обеспеченных рецептах антиретровирусных препаратов, подлежащих оплате.

Примечание:

* -источник данных - информационная система "Лекарственное обеспечение"

Приложение 1
к счету-реестру за
оказание медицинской
помощи ВИЧ-инфицированным
и (или) больным СПИД
Форма

Реестр движения ВИЧ-инфицированных и (или) больных СПИД
период: с " ____ " ____ 20 ____ года по " ____ " ____ 20 ____ года

(Наименование поставщика)

	Количество ВИЧ-инфицированных и (или) больных	Количество ВИЧ-инфицированных	Количество ВИЧ-инфицированных	Количество ВИЧ-инфицированных и (или) больных	Ст чи
--	---	----------------------------------	----------------------------------	---	----------

№ п/п	Период (календарный день месяца)	С П И Д , зарегистрированных в ИС "ЭРОБ" на начало календарного дня месяца	и (или) больных СПИД взятых на учет		и (или) больных СПИД снятых с учета		С П И Д , зарегистрированных в ИС "ЭРОБ" на конец календарного дня месяца	В и С
			Всего	в том числе из других регионов	Всего	в том числе умершие		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
	Итого							

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " ____ 20__
года

Приложение 2
к счету-реестру за
оказание медицинской
помощи ВИЧ-инфицированным
и (или) больным СПИД
Форма

Реестр оказанной медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД по комплексному тарифу период: с " ____ " ____ 20__ года по " ____ " ____ 20__ года

(Наименование поставщика)

Перечень оказанных консультативно-диагностических услуг:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5
1.				X
2.				X
	Итого			

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

— — — — —

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/

(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20__

года

Приложение 3
к счету-реестру за
оказание медицинской
помощи ВИЧ-инфицированным
и (или) больным СПИД
Форма

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

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

(Наименование поставщика)

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

Итого сумма оплаты _____ тенге.

(п р о п и с ь ю)

Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

— — — — —

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

— — — — —

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/
(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " ____ 20 ____
года

Примечание:

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

** указывается закупочная цена по договору с единым дистрибьютором.

Приложение 27
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 93
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

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

№ ____ от " ____ " ____ 20 ____ года

период: с " ____ " ____ 20 ____ года по " ____ " ____ 20 ____ года

по Договору № ____ от " ____ " ____ 20 ____ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

№ п/п	Наименование	Количество услуг	Предъявлено к оплате (тенге)
1	2	3	4
1.	Всего за оказание консультативно диагностической медицинской помощи, в том числе:		
1.1.			
1.2.			
2.	Сумма лизингового платежа		
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 его наличии)/
(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20 ____
года

К данному счет-реестру прилагаются следующие приложения:

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

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

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

Реестр оказанных населению консультативно-диагностических услуг
период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

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

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/
(для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20__ года

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

**Реестр оказанных консультативно-диагностических услуг с
использованием медицинской техники, приобретенной на условиях
финансового лизинга**

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

К о д медицинского оборудования	Наименование медицинского оборудования	Полный к о д услуги	Наименование услуги	Лизинговый платеж на 1 услугу, тенге	Количество услуг	Сумма лизингового платежа к оплате, тенге
1	2	3	4	5	6	7
ИТОГО						

Руководитель поставщика

(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

Место печати (при его наличии)/
(для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20__
года

Приложение 28
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 94

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

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

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

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате, тенге	Снято, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4	5
1.	Всего за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД, в том числе:			
1.1.	по комплексному тарифу			
1.2.	за обеспечение антиретровирусными препаратами			
2.	Сумма удержания за неподтвержденные факты оказания медицинской помощи (услуги)			
2.1.	за отчетный период			
2.2.	за прошедший период			

Таблица № 2. Расчет суммы иных выплат/вычетов

№ п/п	Основание	Выплаты, сумма тенге	Вычеты, сумма тенге
1	2	3	4
1.			
	Итого		

Всего предъявлено к оплате _____ тенге

Всего принято к оплате _____ тенге

Руководитель _____ заказчика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Должностные лица заказчика: _____ / _____

— — — —

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

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

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

Ознакомлен _____ (уполномоченное
должностное лицо поставщика): _____ / _____

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

Место печати _____ (при его наличии)/
(для документа на бумажном носителе) Дата "_____" _____ 20 ____
года

Приложение 29
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 95
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

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

№ _____ от "____" _____ 20 ____ года

период: с "____" _____ 20 ____ года по "____" _____ 20 ____ года

по Договору № _____ от "____" _____ 20 ____ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

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

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

№ п/п	Наименование	Количество услуг	Предъявлено к оплате, тенге	Снято с оплаты*, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4	5	6
1.	Всего за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД, в том числе:				
1.1	по комплексному тарифу				
1.2	за обеспечение антиретровирусными препаратами				
2.	Сумма удержания за неподтвержденные факты оказания медицинской помощи (услуги)				
2.1	за отчетный период				
2.2	за прошедший период				

Таблица № 2. Расчет суммы иных выплат/вычетов

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

Всего предъявлено к оплате _____ тенге

Всего принято к оплате _____ тенге

Руководитель _____ заказчика

(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Должностные лица заказчика: _____ / _____

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

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

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

Ознакомлен: _____ (уполномоченное должностное лицо поставщика) _____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/
(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20 ____
года

Приложение 30
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 99
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

**Акт оказанных услуг
за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или)
больным СПИД**

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года
период с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года
по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Общая сумма Договора: _____

____ т е н г е

в том числе общая сумма выплаченного аванса: _____

____ т е н г е

в том числе общая сумма лизинговых платежей на текущий год: _____

____ т е н г е

Общая сумма оплаченных (оказанных) услуг _____

____ т е н г е

в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: _____

____ т е н г е

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): _____

____ т е н г е

в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: _____

____ т е н г е

Комплексный тариф в месяц: _____ тенге

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

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	
1.	Всего за оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и (или) больным СПИД, в том числе:		
1.1.	по комплексному тарифу		
1.2.	за обеспечение антиретровирусными препаратами		

Таблица № 2. Сумма иных выплат/вычетов

№ п/п	Основание	Выплаты, сумма тенге	Вычеты, сумма тенге
1	2	3	4
1.			
ИТОГО			

Всего принято к оплате: _____ тенге, в том числе:

1. удержанная сумма: _____ тенге, из них:

1.1. по результатам мониторинга качества и объема: _____ тенге;

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

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

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

2.1. выплаты: _____ тенге,

2.2. вычеты: _____ тенге.

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса: _____ тенге;

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

Итого начислено к перечислению: _____ тенге;

в том числе сумма лизинговых платежей: _____ тенге.

Заказчик : _____ (наименование заказчика)	Поставщик: _____ (наименование поставщика)
Адрес: _____	Адрес: _____
БИН: _____	БИН: _____
ИИК: _____	ИИК: _____
БИК: _____	БИК: _____
_____	Наименование банка: _____
(наименование бенефициара)	_____
КБЕ: _____	КБЕ: _____
Руководитель : _____	Руководитель : _____
_____/_____ (Фамилия, имя, отчество /подпись)	_____/_____ (Фамилия, имя, отчество /подпись)

(при его наличии) (для акта на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для акта на бумажном носителе)	(Фамилия, имя, отчество /подпись) (при его наличии) (для акта на бумажном носителе) Место печати (при его наличии) (для акта на бумажном носителе)
---	--

Приложение 31
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 100
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Акт оказанных услуг

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

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

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

по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Общая сумма по Договору _____ тенге

в том числе общая сумма выплаченного аванса: _____

_____ т е н г е

в том числе общая сумма лизинговых платежей на текущий год: _____

_____ т е н г е

Общая сумма оплаченных (оказанных) услуг _____ тенге

в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: _____

_____ т е н г е

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): _____

_____ т е н г е

в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: _____

_____ тенге

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

№ п/п	Наименование работ (услуг)	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге
1.	2	3	4

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

Таблица № 2. Сумма иных выплат/вычетов

№ п/п	Основание	Выплаты, сумма тенге	Вычеты, сумма тенге
1	2	3	4
1.			
ИТОГО			

Всего принято к оплате: _____ тенге, в том числе:

1. удержанная сумма: _____ тенге, из них:

1.1. по результатам мониторинга качества и объема: _____ тенге;

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

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

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

2.1. выплаты: _____ тенге,

2.2. вычеты: _____ тенге.

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса: _____ тенге;

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

Итого начислено к перечислению: _____ тенге;

в том числе сумма лизинговых платежей: _____ тенге.

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

обязанности министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 5 ноября 2019 года
 № ҚР ДСМ-142
 Приложение 101
 к Правилам оплаты услуг
 субъектов здравоохранения
 Форма

Счет-реестр за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями)

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Численность больных по договору _____

Комплексный тариф в месяц: _____ тенге

№ п/п	Наименование	Количество лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) на начало отчетного периода	Количество лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) взятых на учет		Количество лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) снятых с учета		Количество лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) на конец отчетного периода	Среднесписочная численность лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями)	Пре-к о тенг
			Всего	в том числе из других регионов	Всего	в том числе умершие			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Оказанная медико-социальная помощь лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями)								
	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 его наличии)/

(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20 ____

года

К данному счету-реестру прилагаются следующие приложения:

1) реестр движения лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) по форме согласно приложению 1 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями);

2) реестр оказанной медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) по комплексному тарифу по форме согласно приложению 2 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями);

3) реестр оказанной медицинской помощи и консультативно-диагностических услуг лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) с привлечением соисполнителя по форме согласно приложению 3 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями).

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

Приложение 1
к счету-реестру за оказание
медико-социальной помощи
лицам, страдающим
психическими и
поведенческими
расстройствами (заболеваниями)
Форма

Реестр движения лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями)

		Количество лиц, страдающих	Количество лиц, страдающих психическими	Количество лиц, страдающих психическими	Количество лиц, страдающих	Среднесписочная численность лиц,
--	--	----------------------------	---	---	----------------------------	----------------------------------

№ п/п	Период (календарный день месяца)	(психическими расстройствами (заболеваниями),)" на начало календарного дня месяца	расстройствами (заболеваниями) взятых на учет		расстройствами (заболеваниями) снятых с учета		психическими расстройствами (заболеваниями), на конец календарного дня месяца	страдающих психическими расстройствами (заболеваниями)
			Всего	в том числе из других регионов	Всего	в том числе умершие		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
	Итого							

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 его наличии) /

(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20__

года

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

Приложение 2
к счету-реестру за оказание
медико-социальной помощи
лицам, страдающим
психическими и
поведенческими
расстройствами (заболеваниями)
Форма

Реестр оказанной медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) по комплексному тарифу*

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

Таблица №1: Перечень оказанных консультативно-диагностических услуг:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5
1.				
2.				

Итого

Таблица №2. Перечень пролеченных случаев специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи

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

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 его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20____
года

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

Приложение 3
к счету-реестру за оказание
медико- социальной помощи
лицам, страдающим
психическими и
поведенческими
расстройствами (заболеваниями)
Форма

**Реестр оказанной медицинской помощи и
консультативно-диагностических услуг лицам, страдающим**

психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) с привлечением соисполнителя)

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

Таблица №1: Перечень оказанных консультативно-диагностических услуг:

№ п/п	Полный код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге **
1	2	3	4	5	6
Наименование соисполнителя _____ (по договору соисполнения от _____ № ____)					
1.	услуги по договору соисполнения, итого:				
1.1.	по направлениям специалистов ПМСП, итого				
1.2.	по экстренным показаниям, итого				
1.3.	по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого				
2.	услуги, не включенные в договор соисполнения, итого:				
2.1.	по направлениям специалистов ПМСП, итого				
2.2.	по экстренным показаниям, итого				
2.3.	по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого				
3.	Итого:				

Таблица №2. Перечень пролеченных случаев специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи

№ п/п	Профиль койки	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Повод обращения	Основной заключительный диагноз	
							Код МКБ-10	Наименование
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Наименование соисполнителя _____ (по договору соисполнения от _____ № ____)								
1.	Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе:							
1.1.	итого стационарная помощь, в том числе:							
1.2.	итого стационарозамещающая помощь, в том числе:							
2.	Всего случаев, не включенных в договор соисполнения, итого							
2.1.	итого стационарная помощь, в том числе:							

2.2.	итого стационарозамещающая помощь, в том числе:						

продолжение таблицы

Основная операция		Исход лечения	Количество пролеченных случаев	Количество койко-дней	Количество случаев
Код МКБ-9	Наименование				
10	11	12	13	14	15
Наименование соисполнителя _____ (по договору соисполнения от _____ № _____)					
Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе:					
Всего случаев, не включенных в договор соисполнения, 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 его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20 ____
года

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

Приложение 33
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 102
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения

3.	Реестр случаев госпитализаций, прошедших целевой мониторинг						
3.1	за отчетный период						
3.2	за прошедший период						
4.	Сумма за отчетный и прошедший периоды по случаям с летальным исходом						
4.1	за отчетный период						
4.2	за прошедший период						
5.	Сумма удержания за неподтвержденные факты оказания медицинской помощи (услуги)						
5.1	за отчетный период						
5.2	за прошедший период						
6.	ИТОГО по результатам мониторинга качества и объема медицинских услуг						

Таблица № 2. Расчет суммы иных выплат/вычетов

№ п/п	Основание	Выплаты, сумма тенге	Вычеты, сумма тенге
1	2	3	4
1.			
	Итого		

Всего предъявлено к оплате _____ тенге
Всего принято к оплате _____ тенге
Руководитель _____ заказчика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/Подпись)
(для протокола на бумажном носителе)
Должностные лица заказчика: _____ / _____

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

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

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

(для документа на бумажном носителе)

О з н а к о м л е н

(уполномоченное

должностное лицо поставщика): _____ / _____

—

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/

(для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20 _____

года

Примечание:

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

Приложение 1
к протоколу исполнения
договора закупа услуг по
оказанию медико-социальной помощи
лицам, страдающим психическими и
поведенческими расстройствами
(заболеваниями)

Реестр лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) с несвоевременной регистрацией сведений о смерти*

Комплексный тариф в месяц: _____ тенге

Комплексный тариф в день: _____ тенге

№ п/п	ИНН	Дата постановки на учет	Дата смерти	Дата снятия с учета	Количество дней нахождения на учете после даты смерти	Сумма, подлежащая снятию, тенге		
						всего	в т.ч. за несвоевременное снятие с учета	штрафные санкции
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
	Итого							

Руководитель заказчика

(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

— — — — —

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

(для документа на бумажном носителе)

Должностные лица заказчика: _____ / _____

— — — — —

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

(для документа на бумажном носителе)

_____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

_____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

О з н а к о м л е н

(уполномоченное

должностное лицо поставщика): _____ / _____

— — — — —

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/

(для документов на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20 _____

_____ года

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

Приложение 34
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 103
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Акт оказанных услуг

за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями)

№ _____ от " _____ " _____ 20 _____ года

период с " _____ " _____ 20 _____ года по " _____ " _____ 20 _____ года

по Договору № _____ от " _____ " _____ 20 _____ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Общая сумма Договора: _____

— —

т е н г е

в том числе общая сумма выплаченного аванса: _____

_____ т е н г е
Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): _____

_____ т е н г е
Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): _____
_____ тенге

Таблица № 1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями)

Комплексный тариф в месяц: _____ тенге

№ п/п	Наименование	Количество лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями), зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода	Среднесписочная численность лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями), зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4	5	6
1.	Оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями)				

Таблица № 2. Расчет суммы иных выплат/вычетов

№ п/п	Основание	Выплаты, сумма тенге	Вычеты, сумма тенге
1	2	3	4
1.			
	Итого		

Всего принято к оплате: _____ тенге, в том числе:

1. удержанная сумма: _____ тенге, из них:

1.1. по результатам мониторинга качества и объема: _____ тенге;

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

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

2. сумма снятая: _____ тенге / принятая: _____ тенге, из них:

2.1. выплаты: _____ тенге,

2.2. вычеты: _____ тенге.

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса: _____ тенге;

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

Итого начислено к перечислению: _____ тенге

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

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

Приложение 35
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 104
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

**Счет-реестр за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим
алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией**

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Численность по договору _____

Комплексный тариф в месяц: _____ тенге

№ п/п	Наименование	Количество лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией на начало отчетного периода	Количество лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией расстройством, взятых на учет		Количество лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией расстройством снятых с учета		Количество лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией на конец отчетного периода	Средне-списочная численность лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией	Предел к оплате тенге
			Всего	в том числе из других регионов	Всего	в том числе умершие			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией								
	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 его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20____
года

К данному счету-реестру прилагаются следующие приложения:

1) реестр движения лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией по форме согласно приложению 1 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией;

2) реестр оказанной медико-социальной помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией в рамках гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи по комплексному тарифу по форме согласно приложению 2 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией;

3) реестр оказанной медицинской помощи и консультативно-диагностических услуг лицам, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией с привлечением соисполнителя по форме согласно приложению 3 к счету-реестру за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией.

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

Приложение 1
к счету-реестру за оказание
медико-социальной помощи
лицам, страдающим
алкоголизмом,
наркоманией и токсикоманией
Форма

Реестр движения лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией *

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

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

Руководитель поставщика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Место печати (при его наличии)/

(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20__

года

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

Приложение 2
к счету-реестру за оказание
медико-социальной помощи
лицам, страдающим
алкоголизмом,
наркоманией и токсикоманией
Форма

Реестр

оказанной медицинской помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией по комплексному тарифу*

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

Таблица №1: Перечень оказанных консультативно-диагностических услуг

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5
1.				
2.				
	Итого			

Таблица №2. Перечень пролеченных случаев специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи

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

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 его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20__
_ года

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

Приложение 3
к счету-реестру за оказание
медико-социальной помощи
лицам, страдающим
алкоголизмом,
наркоманией и токсикоманией
Форма

**Реестр оказанной медицинской помощи и
консультативно-диагностических услуг лицам, страдающим
алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией с привлечением
соисполнителя***

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

Таблица №1: Перечень оказанных консультативно-диагностических услуг

№ п/п	Полный код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге **
1	2	3	4	5	6
Наименование соисполнителя _____ (по договору соисполнения от _____ № _____)					
1.	услуги по договору соисполнения, итого:				
1.1.	по направлениям специалистов ПМСП, итого				
1.2.	по экстренным показаниям, итого				
1.3.	по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого				

2.	услуги, не включенные в договор соисполнения, итого:			
2.1.	по направлениям специалистов ПМСП, итого			
2.2.	по экстренным показаниям, итого			
2.3.	по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов соисполнителя (дополнительные услуги), итого			
3.	Итого:			

Таблица №2. Перечень пролеченных случаев специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи

№ п/п	Профиль койки	ИИН	№ медицинской карты	Дата госпитализации	Дата выписки	Повод обращения	Основной заключительный диагноз	
							Код МКБ-10	Наименование
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Наименование соисполнителя _____ (по договору соисполнения от _____ № _____)								
1.	Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе:							
1.1.	итого стационарная помощь, в том числе:							
1.2.	итого стационарозамещающая помощь, в том числе:							
2.	Всего случаев, не включенных в договор соисполнения, итого							
2.1.	итого стационарная помощь, в том числе:							
2.2.	итого стационарозамещающая помощь, в том числе:							

продолжение таблицы

Основная операция		Исход лечения	Количество пролеченных случаев	Количество койко-дней	Количество случаев
Код МКБ-9	Наименование				
10	11	12	13	14	15
Наименование соисполнителя _____ (по договору соисполнения от _____ № _____)					
Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе:					
Всего случаев, не включенных в договор соисполнения, 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 его наличии) /
(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20__
_ года

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

Приложение 36
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 105
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

**Протокол
исполнения договора закупа услуг за оказание медико-социальной
помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и
токсикоманией**

№ _____ от " ____ " _____ 20__ года
период: с " ____ " _____ 20__ года по " ____ " _____ 20__ года
по Договору № _____ от " ____ " _____ 20__ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Таблица № 1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание медицинской помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией

Наименование	Предъявлено к оплате		Снято		Принято к оплате	

№ п/п		количество	Сумма, тенге	количество	Сумма, тенге	количество	Сумма, тенге	
1	2	3	4	5	6	7	8	
1.	Всего за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией по комплексному тарифу							

Таблица №2. Расчет суммы, принимаемой к оплате по комплексному тарифу за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией по комплексному тарифу

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате, тенге		Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично		Принято к оплате, тенге	
		Количество случаев/больных	Сумма, тенге	Количество случаев/больных	Сумма, тенге	Количество случаев/больных	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Среднесписочная численность лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией		X	X	X		X
2.	Реестр случаев госпитализаций, прошедших текущий мониторинг						
2.1	за отчетный период						
2.2	за прошедший период						
3.	Реестр случаев госпитализаций, прошедших целевой мониторинг						
3.1	за отчетный период						
3.2	за прошедший период						
4.	Сумма за отчетный и прошедший периоды по случаям с летальным исходом						
4.1	за отчетный период						
4.2	за прошедший период						
5.	Сумма удержания за неподтвержденные факты оказания медицинской помощи (услуги)						
5.1	за отчетный период						
5.2	за прошедший период						

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

Таблица № 2. Расчет суммы иных выплат/вычетов

№ п/п	Основание	Выплаты, сумма тенге	Вычеты, сумма тенге
1	2	3	4
1.			
	Итого		

Всего предъявлено к оплате _____ тенге
 Всего принято к оплате _____ тенге
 Руководитель _____ заказчика
 (уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Должностные лица заказчика: _____ / _____

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

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

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

Ознакомлен _____ (уполномоченное
 должностное лицо поставщика): _____ / _____

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

Место печати _____ (при его наличии)/
 (для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20 ____
 года

Примечание:

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

Приложение 1
 к протоколу исполнения
 договора закупа услуг за
 оказание медико-социальной
 помощи лицам, страдающим

Реестр

больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией с несвоевременной регистрацией сведений о смерти*

Комплексный тариф в месяц: _____ тенге

Комплексный тариф в день: _____ тенге

№ п/п	ИНН	Дата постановки на учет	Дата смерти	Дата снятия с учета	Количество дней нахождения на учете после даты смерти	Сумма, подлежащая снятию, тенге		
						всего	в.т.ч. з а несвоевременное снятия с учета	штрафные санкции
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
	Итого							

Руководитель заказчика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Должностные лица заказчика: _____ / _____

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

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

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

Ознакомлен _____ (уполномоченное
должностное лицо поставщика): _____ / _____

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

Место печати _____ (при его наличии)/
(для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20 ____
года

Примечание:

* - источник данных- информационная система "Электронный регистр наркологических больных".

Приложение 37
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 106
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Акт оказанных услуг

за оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим
алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

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

по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Общая сумма Договора: _____

тенге

в том числе общая сумма выплаченного аванса: _____

тенге

Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): _____

тенге

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): _____

тенге

**Таблица № 1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание
медико-социальной помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и
токсикоманией**

Комплексный тариф в месяц: _____ тенге

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате		Принято к оплате	
		количество	Сумма, тенге	количество	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6

1.	Оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией				
----	---	--	--	--	--

Таблица № 2. Расчет суммы иных выплат/вычетов

№ п/п	Основание	Выплаты, сумма тенге	Вычеты, сумма тенге
1	2	3	4
1.			
	Итого		

Всего принято к оплате: _____ тенге, в том числе:

1. удержанная сумма: _____ тенге, из них:

1.1. по результатам мониторинга качества и объема: _____ тенге;

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

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

2. сумма снятая: _____ тенге / принятая: _____ тенге, из них:

2.1. выплаты: _____ тенге,

2.2. вычеты: _____ тенге.

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса: _____ тенге;

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

Итого начислено к перечислению: _____ тенге.

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

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

Счет-реестр

за оказание услуг патологоанатомической диагностики

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы _____

Поправочные коэффициенты (указать)

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

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

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

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

Таблица № 2. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание оказанных услуг патогисталогической диагностики.

Наименование услуг	Предъявлено к оплате		Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично		Принято к оплате	

№ п/п		Количество услуг	сумма, тенге	Количество услуг	сумма, тенге	Количество услуг	сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Итого по оказанию патогисталогической диагностики, в том числе:						
	Итого:						

Таблица № 2. Расчет суммы лизинговых платежей

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате		Подлежит к снятию		Принято к оплате	
		Количество услуг	Сумма лизингового платежа, тенге	Количество услуг	Сумма лизингового платежа, тенге	Количество услуг	Сумма лизингового платежа, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
1.							
2.							
	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 его наличии)/
(для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20____
года

Приложение 39
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 108
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Протокол

исполнения договора закупа услуг патологоанатомической диагностики

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

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

№ п/п	Наименование услуг	Предъявлено к оплате		Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично		Принято к оплате	
		Количество услуг	сумма, тенге	Количество услуг	сумма, тенге	Количество услуг	сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Итого по оказанию патологоанатомической диагностики						
2.	Реестр услуг патологоанатомической диагностики, прошедших мониторинг						
2.1	за отчетный период						
2.2	за прошедший период						
3.	Сумма удержания за неподтвержденные факты оказания медицинской помощи (услуги)						
3.1	за отчетный период						
3.2	за прошедший период						
	Итого:						

Таблица № 2. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание оказанных услуг патогисталогической диагностики.

	Наименование услуг	Предъявлено к оплате		Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично		Принято к оплате	

№ п/п		Количество услуг	сумма, тенге	Количество услуг	сумма, тенге	Количество услуг	сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Итого по оказанию патогисталогической диагностики						
2.	Реестр услуг патологоанатомической диагностики, прошедших мониторинг						
2.1	за отчетный период						
2.2	за прошедший период						
3.	Сумма удержания за неподтвержденные факты оказания медицинской помощи (услуги)						
3.1	за отчетный период						
3.2	за прошедший период						
	Итого:						

Таблица № 3. Расчет суммы лизинговых платежей

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате		Подлежит к снятию		Принято к оплате	
		Количество услуг	Сумма лизингового платежа, тенге	Количество услуг	Сумма лизингового платежа, тенге	Количество услуг	Сумма лизингового платежа, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
1.							
2.							
	Итого						

Таблица № 4. Расчет иных выплат/вычетов

№ п/п	Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов / выплат)	Сумма выплаты, тенге	Сумма вычета, тенге
1	2	3	4
1.			
2.			
	Итого:		

Всего предъявлено к оплате _____ тенге

Всего принято к оплате _____ тенге

Руководитель _____ заказчика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

(для протокола на бумажном носителе)

Должностные лица заказчика: _____ / _____

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

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

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

Ознакомлен _____ (уполномоченное
должностное лицо заказчика): _____ / _____

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

Место печати (при его наличии)/
(для протокола на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20 ____
года

Приложение 40
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 112
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Акт оказанных услуг патологоанатомической диагностики

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

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

по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы _____

Общая сумма по Договору _____ тенге

в том числе общая сумма выплаченного аванса: _____

— — —

т е н г е

Итого						
-------	--	--	--	--	--	--

Таблица № 4. Сумма иных выплат/вычетов

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

Всего принято к оплате: _____ тенге, в том числе:

1. сумма на оплату лизинговых платежей: _____ тенге;

2. удержанная сумма: _____ тенге, из них:

2.1. по результатам мониторинга качества и объема и экспертизы качества: _____

— — — — —
т е н г е ;

3. сумма по решению комиссии снятая: _____ тенге / принятая: _____

— — — — — т е н г е ,
в т о м ч и с л е :

3.1. выплаты: _____ тенге,

3.2. вычеты: _____ тенге.

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса: _____ тенге;

Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит к удержанию в
с л е д у ю щ и й

п е р и о д : _____ тенге;

Итого начислено к перечислению: _____ тенге;

в том числе сумма лизинговых платежей: _____ тенге.

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

Счет-реестр

**оказанных услуг по заготовке, переработке, хранению и реализации
крови и ее компонентов, производству препаратов крови**

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года

по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы _____

№	Наименование компонентов крови	Единица измерения	Стоимость, тенге	Количество	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6
1.					
2.					
	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 его наличии) /

(для документа на бумажном носителе) Дата " ____ " _____ 20 ____

года

Протокол

исполнения договора закупа услуг по заготовке, переработке, хранению и реализацию крови и ее компонентов, производству препаратов крови

№ _____ от " ____ " _____ 20__ года

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

по Договору № _____ от " ____ " _____ 20__ года

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Таблица № 1. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание услуг по заготовке, переработке, хранению и реализацию крови и ее компонентов, производству препаратов крови.

№ п/п	Наименование компонентов крови	Предъявлено к оплате		Подлежит к снятию		Принято к оплате	
		Количество	сумма, тенге	Количество	сумма, тенге	Количество	сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
1.							
2.							
3.							
	Итого:						

Таблица № 2. Расчет суммы лизинговых платежей

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате		Подлежит к снятию		Принято к оплате	
		Количество услуг	Сумма лизингового платежа, тенге	Количество услуг	Сумма лизингового платежа, тенге	Количество услуг	Сумма лизингового платежа, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
1.							
2.							
	Итого						

Таблица № 3. Расчет иных выплат/вычетов

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

Всего предъявлено к оплате _____ тенге;
Всего принято к оплате _____ тенге
Руководитель _____ заказчика
(уполномоченное должностное лицо): _____ / _____

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

Должностные лица заказчика: _____ / _____

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

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

Ознакомлен _____ (уполномоченное
должностное лицо поставщика): _____ / _____

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

Место печати _____ (при его наличии)/
(для документа на бумажном носителе) Дата " _____ " _____ 20 ____
года

Приложение 43
к приказу исполняющего
обязанности министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-142
Приложение 118
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
Форма

Акт оказанных услуг

**по заготовке, переработке, хранению и реализации крови и ее
компонентов, производству препаратов крови**

№ _____ от " _____ " _____ 20 ____ года

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

по Договору № _____ от " _____ " _____ 20 ____ года

Наименование поставщика: _____
 Наименование бюджетной программы: _____
 Наименование бюджетной подпрограммы _____

Общая сумма по Договору _____ тенге
 в том числе общая сумма выплаченного аванса: _____

_____ т е н г е
 в том числе общая сумма лизинговых платежей на текущий год: _____

_____ т е н г е
 Общая сумма оплаченных (оказанных) услуг _____ тенге

в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: _____
 _____ т е н г е

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): _____
 _____ т е н г е

в том числе сумма выплаченных лизинговых платежей: _____
 _____ т е н г е

Поправочные коэффициенты: (указать)

Таблица № 1. Расчет суммы, принятой к оплате по заготовке, переработке, хранению и реализации крови и ее компонентов, производству препаратов крови

№ п/п	Наименование компонентов крови	Предъявлено к оплате, тенге		Принято к оплате, тенге	
		Количество	Сумма, тенге	Количество	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6
1.					
2.					
	Итого к оплате:				

Таблица № 2. Сумма лизинговых платежей

№ п/п	Наименование	Предъявлено к оплате		Подлежит к снятию		Принято к оплате	
		Количество услуг	Сумма лизингового платежа, тенге	Количество услуг	Сумма лизингового платежа, тенге	Количество услуг	Сумма лизингового платежа, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга							
1.							
2.							
	Итого						

Таблица № 3. Сумма иных выплат/вычетов

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

Итого		
-------	--	--

Всего принято к оплате: _____ тенге, в том числе:

1. сумма на оплату лизинговых платежей: _____ тенге;

2. удержанная сумма: _____ тенге, из них:

2.1. по результатам мониторинга качества и объема: _____ тенге;

3. сумма снятая: _____ тенге / принятая: _____ тенге, в том числе:

3.1. выплаты: _____ тенге,

3.2. вычеты: _____ тенге.

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса: _____ тенге;

Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит к удержанию в

с л е д у ю щ и й

п е р и о д : _____ тенге;

Итого начислено к перечислению: _____ тенге;

в том числе сумма лизинговых платежей: _____ тенге

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