

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау
министрлігіПриказ и.о. Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от 14 сентября 2022
года № ҚР ДСМ-97.
Зарегистрирован в Министерстве
юстиции Республики Казахстан 15
сентября 2022 года № 29607Министерство здравоохранения Республики
Казахстан

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

ПРИКАЗЫВАЮ:

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

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

пункт 4 изложить в следующей редакции:

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

Мониторинг качества и объема проводится согласно приказу исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 декабря



QR-код содержит данные ЭЦП должностного лица РГП на ПХВ «ИЗПИ»



QR-код содержит ссылку на
данный документ в ЭКБ НПА РК

2020 года № ҚР ДСМ-321/2020 «Об утверждении Правил проведения мониторинга исполнения условий договора закупа медицинских услуг у субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21904).

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

пункт 8 изложить в следующей редакции:

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

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

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

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

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

пункт 38 изложить в следующей редакции:

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

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

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

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

пункт 47 изложить в следующей редакции:

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

- 1) оказание услуг АПП прикрепленному населению;
- 2) оказание неотложной медицинской помощи прикрепленному населению для обслуживания 4 категории срочности вызовов;
- 3) обеспечение специализированными лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина;
- 4) разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности;
- 5) проведение скрининговых исследований для дополнительных целевых групп лиц, из числа сельского населения в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-174/2020 «Об утверждении целевых групп лиц, подлежащих скрининговому исследованию, а также правил, объема и периодичности проведения данных исследований» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21572) и приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 апреля 2022 года № ҚР ДСМ-37 «Об утверждении Правил оказания специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 27833).»;

пункт 72 изложить в следующей редакции:

«72. Оплата услуг по проведению профилактических медицинских осмотров и скрининговых исследований, определенных согласно приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-264/2020 «Об утверждении правил, объема и периодичности проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, включая детей дошкольного, школьного возрастов, а также учащихся организаций технического и профессионального, послесреднего и высшего образования» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21820) и приказа исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-174/2020 «Об утверждении целевых групп лиц, подлежащих скрининговому

исследованиям, а также правил, объема и периодичности проведения данных исследований» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21572), осуществляется при завершении профилактического осмотра и скрининговых исследований по каждому виду, за исключением профилактических осмотров обучающихся организаций среднего образования, не относящихся к интернатным организациям, а также скрининговых исследований для дополнительных целевых групп лиц, из числа сельского населения.»;

пункт 84 изложить в следующей редакции:

«84. При экстренной госпитализации ребенка в возрасте до пяти лет, а также тяжело больных детей старшего возраста, нуждающихся по заключению врачей в дополнительном уходе, оплата бактериологического обследования на сальмонеллез, экспресс тестирование на коронавирусную инфекцию COVID-19 и диагностического исследования на выявление РНК вируса COVID-19 матери (отца), непосредственно осуществляющего уход за ребенком, из числа получателей адресной социальной помощи, многодетных матерей, награжденных подвесками «Алтын алқа», «Күміс алқа», неработающих лиц, осуществляющих уход за ребенком с инвалидностью, неработающих лиц, осуществляющих уход за лицом с инвалидностью первой группы, производится дополнительно к стоимости пролеченного случая по тарифу.»;

наименование главы 14 изложить в следующей редакции:

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

пункт 242 изложить в следующей редакции:

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

направления граждан на лечение за рубежом), производится по фактическим расходам по следующим статьям расходов:

- 1) заработная плата;
- 2) налоги или иные обязательные платежи в бюджет, обязательные профессиональные пенсионные взносы, уплачиваемые в соответствии с законодательством Республики Казахстан о пенсионном обеспечении, социальные отчисления, уплачиваемые в соответствии с Законом Республики Казахстан «Об обязательном социальном страховании», отчисления на обязательное социальное медицинское страхование, уплачиваемые в соответствии с Законом Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании»;
- 3) питание;
- 4) лекарственные средства, МИ, в том числе лекарственные средства и МИ, не зарегистрированные в Республике Казахстан на основании заключения (разрешительного документа), выданного уполномоченным органом;
- 5) медицинские услуги по тарифам;
- 6) услуги зарубежных специалистов;
- 7) коммунальные расходы, исчисляемые по фактическим затратам на коммунальные и прочие расходы поставщика в предыдущем месяце в пересчете на одного пациента;
- 8) услуги по доставке биологических материалов и трансплантата гемопоэтических стволовых клеток к месту проведения трансплантации.

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

дополнить пунктом 242-1 следующего содержания:

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

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

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

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

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

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

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

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

**Исполняющий обязанности
здравоохранения Республики Казахстан**

В. Дудник

Приложение 1
к приказу Исполняющий
обязанности здравоохранения
Республики Казахстан
от 14 сентября 2022 года
№ ҚР ДСМ-97

Приложение 1-1
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
в рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи и(или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования

Форма

Счет-реестр за оказание скорой медицинской помощи

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

Источник финансирования: _____

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Количество прикрепленного населения _____ человек

Половозрастной поправочный коэффициент: _____;

Коэффициент плотности населения _____;

Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности;

Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона _____;

Экологический коэффициент _____;

Региональные коэффициенты _____;

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

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

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

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

Итого к оплате: _____ тенге

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

Главный бухгалтер поставщика:

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

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

Дата " ____ " _____ 20__ года

Примечание: к данному счету-реестру прилагается:

- 1) реестр по применению тромболитических препаратов больным при оказании скорой медицинской помощи по форме согласно приложению 1 к счету-реестру за оказание скорой медицинской помощи;
- 2) реестр по оказанию медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом помощи по форме согласно приложению 2 к счету-реестру за оказание скорой медицинской помощи;
- 3) Реестр по доплате за работу в противоэпидемических мероприятиях в рамках борьбы с коронавирусной инфекцией COVID-19 и риск ее заражения по форме согласно приложению 3 к счету-реестру за оказание скорой медицинской помощи.

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

Приложение 1
к счету-реестру за оказание
скорой медицинской помощи

Форма

**Реестр по применению тромболитических препаратов больным при
оказании скорой
медицинской помощи период: с "___" _____ 20__ года по "___" _____
20__ года**

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

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

Главный бухгалтер поставщика:

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

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

Дата "___" _____ 20__ года

Приложение 2
к счету-реестру за оказание
скорой медицинской помощи

Форма

Реестр по оказанию медицинской помощи, связанной с транспортировкой
квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным
транспортом помощи

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

№	ИИН паци- ента	Наименование диа- гноза	Категория сроч- ности	Время прибытия фельдшерских и специализированных (врачеб- ных) бригад
1	2	3	4	5
1				
1.				
2.				
	Итого:			

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

_____ / _____

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

Главный бухгалтер поставщика: _____ / _____

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

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

Дата " ___ " _____ 20__ года

Приложение 3
к счету-реестру за оказание
скорой медицинской помощи

Форма

**Реестр по доплате за работу в противоэпидемических мероприятиях
в рамках борьбы с коронавирусной инфекцией COVID-19 и риск ее
заражения**

Размер поощрения на одного работника за месяц: _____ тенге

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

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

Главный бухгалтер поставщика:

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

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

Дата " ____ " _____ 20__ года

Приложение 2 к приказу
Приложение 2
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
в рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи и(или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования

Форма

**Протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию скорой
медицинской помощи**

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

Источник финансирования: _____

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

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

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

Таблица № 2. Сумма иных выплат/вычетов

№ п /п	Виды медицинской помощи	Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов / выплат)	Выплаты		Вычеты	
			количество	сумма	количество	сумма

1	2	3	4	5	6	7
1.						
2.						
	Итого					

Всего предъявлено к оплате _____ тенге;

Всего принято к оплате _____ тенге;

Руководитель заказчика

(уполномоченное должностное лицо):

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

Должностные лица заказчика:

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

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

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

Ознакомлен (уполномоченное должностное лицо поставщика):

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

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

Дата " ____ " _____ 20 ____ года

Приложение 3 к приказу
Приложение 3
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
в рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи и(или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования
Форма

Информация о структуре доходов при оказании скорой медицинской помощи
период
с " ___ " _____ 20 ___ года по " ___ " _____ 20 ___ года

(наименование поставщика)

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

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

Главный бухгалтер поставщика:

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

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

Дата " ___ " _____ 20 ___ года

Приложение 4 к приказу
Приложение 4
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
в рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи и(или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования

Форма

Информация о структуре расходов при оказании скорой медицинской помощи период
с " ___ " _____ 20 ___ года по " ___ " _____ 20 ___ года

(наименование поставщика)

№	Наименование	Кассовые расходы за прошедший год (тыс. тенге)	План бюджетных средств на отчетный год	Кассовые расходы по нарастающему за отчетный период (тыс. тенге)		в т.ч. за отчетный месяц (тыс. тенге)		Всего Фактические расходы по нарастающему за отчетный период (тыс. тенге)	Отклонение фактических расходов от кассовых расходов (тыс. тенге)	Кредиторская задолженность по нарастающему (тыс. тенге)	Дебиторская задолженность по нарастающему (тыс. тенге)
				все-го	в т.ч. аванс	все-го	в т.ч. аванс				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
0А	Отклонение фактических расходов от кассовых за позапрошлый год, тыс. тенге	X	X	X	X	X	X	X			
	Отклонение фактических расходов от кассовых за прошлый год, тыс. тенге	X	X	X	X	X	X	X			
0Б	Остаток средств на расчетном счету							X		X	
0В	Поступление средств, всего:		X					X		X	
	в том числе:	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1.			X					X		X	

6.2.	Командировки и служеб- ные разъезды за пределы страны											
а)	в том числе на повыше- ние квалификации и пере- подготовку кадров орга- низаций здравоохранения											
6.3.	Прочие текущие затраты											
7.	Лизинговые платежи											
II	ПРИОБРЕТЕНИЕ ОС- НОВНЫХ СРЕДСТВ											

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

Главный бухгалтер поставщика:

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

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

" ____ " _____ 20__ года

Приложение 5 к приказу
 Приложение 8
 к Правилам оплаты услуг
 субъектов здравоохранения
 в рамках гарантированного
 объема бесплатной медицинской
 помощи и(или) в системе
 обязательного социального
 медицинского страхования
 Форма

Акт оказанных услуг скорой медицинской помощи
 № ___ от " ___ " ___ 20 ___ года период с " ___ " ___ 20 ___ года по " ___ " ___ 20 ___ год
 по Договору № ___ от " ___ " ___ 20 ___ года

Источник финансирования: _____
 Наименование поставщика: _____
 Наименование бюджетной программы: _____
 Наименование бюджетной подпрограммы: _____
 Общая сумма по Договору _____ тенге
 Общая сумма выплаченного аванса: _____ тенге
 Общая сумма выплаченного аванса в декабре: _____ тенге
 Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): _____ тенге
 Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): _____ тенге

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

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

Таблица № 2. Сумма иных выплат/вычетов

	Выплаты	Вычеты

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

Всего принято к оплате: _____ тенге

1. удержанная сумма: _____ тенге, из них:

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

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

2.1. выплаты: _____ тенге,

2.2. вычеты: _____ тенге.

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса: _____ тенге;

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

Итого начислено к перечислению: _____ тенге;

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

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

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

Источник финансирования: _____

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Количество прикрепленного населения _____ человек

в том числе сельское население _____ человек*

Базовый комплексный подушевой норматив ПМСП на одного прикрепленного

человека, зарегистрированного в портале "РПН", в месяц _____ тенге;

Базовый комплексный подушевой норматив ПМСП на одного прикрепленного

человека, зарегистрированного в портале "РПН", в месяц (село) _____ тенге*

Поправочные коэффициенты при оплате по КППН**:

Половозрастной поправочный коэффициент _____;

Коэффициент плотности населения _____;

Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности;

Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона _____;

Коэффициент за работу в зонах экологического бедствия _____;

Поправочные коэффициенты при оплате по КДУ вне КППН**:

Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности;

Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона _____;

Коэффициент за работу в зонах экологического бедствия _____;

Тариф для медицинских организаций, имеющих свидетельство о прохождении

аккредитации по стандартам Международной объединенной комиссии (JCI, США): _____;

Поправочный коэффициент для медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги гражданам Республики Казахстан, проживающим в городе Байконыр, поселках Торетам и Акай: _____.

Комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН", в месяц: ___ тенге, в том числе:

гарантированный компонент комплексного подушевого норматива ПМСП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН" к субъекту ПМСП, в месяц _____ тенге;

сумма СКПН на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН" к субъекту ПМСП, в месяц _____ тенге.

Комплексный подушевой норматив на оказание первичной медико-санитарной помощи сельскому населению на одного прикрепленного человека,

зарегистрированного в портале "РПН", в месяц (село): ___ тенге*, в том числе:

гарантированный компонент комплексного подушевого норматива ПМСП на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН" к субъекту села, в месяц: _____ тенге*;

сумма СКПН на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН" к субъекту ПМСП, в месяц _____ тенге.

Базовый подушевой норматив на оказание неотложной помощи (далее – НП)

на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН" к субъекту ПМСП ___ тенге;

Подушевой норматив на оказание неотложной помощи (далее – НП) на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в ИС "РПН" к субъекту ПМСП ___ тенге;

Подушевой норматив на оказание ШМ на одного школьника в месяц ___ тенге

Количество школьников _____ человек

Базовый подушевой норматив на расчетную численность городского населения,

прикрепленную в медицинской организации ПМСП, подлежащей разукрупнению ___ тенге

Подушевой норматив на расчетную численность городского населения,

прикрепленную в медицинской организации ПМСП, подлежащей разукрупнению ___ тенге

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

№ п п	Наименование	Предъявлено к оплате (тенге)
1	2	3
1.	Всего за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению, в том числе:	
1.1.	за оказание амбулаторно-поликлинической помощи:	
1.2.	на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки	
1.3.	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина	

1.4.	сумма на оказание неотложной медицинской помощи	
1.5.	за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний	
1.6.	за расходы на разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности	
1.7.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:	
1.7.1.	за оказание консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя)	
1.7.2.	услуги пенсионерам и членам семьи военнослужащих, правоохранительных и специализированных государственных органов	
1.7.3.	медицинское обслуживание школьников в организациях образования	
1.7.4.	услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта	
1.7.5.	услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта	
1.7.6.	дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (КТ, МРТ)	
1.7.7.	услуги в травматологических пунктах	
1.7.8.	услуги в кожно-венерологических диспансерах (и, или отделениях при многопрофильных больницах)	
1.7.9.	услуги в республиканских организациях здравоохранения	
1.7.10.	услуги молодежных центров здоровья	
1.8.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне	
1.9.	оказание услуг по предотвращению распространения коронавирусной инфекции COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19: диагностические исследования на выявление РНК вируса COVID-19 из биологического материала методом полимеразной цепной реакции	
1.10.	услуги мобильной бригады ПМСП	
1.11.	дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (ПЭТ)	
1.12.	за проведение профилактических осмотров для сельского населения	

Таблица № 2. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание услуг патологоанатомического вскрытия.

№ п п	Наименование	Количество услуг	Стоимость услуги	Предъявлено к оплате (тенге)
1	2	3	4	5
1.	Итого по оказанию патологоанатомической диагностики, в том числе:			
	Итого к оплате			

Таблица № 3. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание услуг патологоанатомической диагностики (Забор биологического материала и его гистологическое, цитологическое и иные исследования).

№ п п	Наименование	Количество услуг	Стоимость услуги	Предъявлено к оплате (тенге)
1	2	3	4	5
1.	Итого по оказанию патологоанатомической диагностики, в том числе:			

Итого к оплате			
----------------	--	--	--

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика: _____

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

(для документа на бумажном носителе)

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

Дата " ____ " _____ 20__ года

К данному счету-реестру прилагаются следующие приложения:

- 1) данные о динамике численности и структуре прикрепленного населения по данным портала "Регистр прикрепленного населения" по форме согласно приложению 1 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- 2) расчет суммы, предъявленной к оплате на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 2 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- 3) реестр оказанных услуг первичной медико-санитарной помощи по форме согласно приложению 3 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- 4) реестр оказанных консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторной поликлинической помощи по форме согласно приложению 4 к счету-реестру за оказание комплекса первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- 5) реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных без привлечения соисполнителя по форме согласно приложению 5 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- 6) реестр консультативно-диагностических услуг оказанных с привлечением соисполнителя по форме согласно приложению 6 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- 7) реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных детскому населению в возрасте от 6 до 17 лет включительно по форме согласно приложению 7 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- 8) реестр вызовов неотложной медицинской помощи 4 категории срочности по форме согласно приложению 8 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- 9) реестр по обеспечению лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина по форме согласно приложению 9 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;

Примечание:

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

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

Приложение 1
к счету-реестру за оказание
комплекса услуг первичной
медико-санитарной помощи
и специализированной медицинской
помощи в амбулаторных условиях

Форма

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

Таблица № 1. Динамика численности прикрепленного населения человек

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

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

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

Подтверждаем, что 1) количеству прикрепленного населения за отчетный период соответствует: по новорожденным: количеству медицинских свидетельств о рождении, выданных поставщиком родовспоможения, и (или) свидетельств о рождении, зарегистрированных в органах юстиции; по свободному выбору: количеству заявлений граждан и копии документов, удостоверяющих их личность; по территориальному распределению: (указать приказ управления здравоохранения); 2) количеству открепленного населения соответствует: по смерти: количеству справок о смерти или перинатальной смерти; по выезду за пределы страны: количеству заявлений граждан и копии документов, удостоверяющих их личность.

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

Главный бухгалтер поставщика:

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

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

Дата " ____ " _____ 20__ года

		ка- за- тель					ле- во- го по- ка- за- те- ля	
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 сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)							
8.	Обоснованные жалобы							

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

Главный бухгалтер поставщика:

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

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

Дата " ____ " _____ 20__ года

Примечание:

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

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

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

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

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

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

Форма

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

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

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

Главный бухгалтер поставщика:

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

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

Дата " ___ " _____ 20__ года

Примечание:

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

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

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

Форма

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

№ п п	Полный код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6
1.	Услуги пенсионерам и членам семьи военнослужащих, правоохранительных и специализированных государственных органов				
1.1.					
1.2.					
2.	Услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта				
2.1					
2.2.					
3.	Услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта				
3.1.					
3.2.					
4.	Дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (КТ, МРТ в рамках онкоплана)				
4.1					
4.2.					
5.	Дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (ПЭТ в рамках онкоплана)				
5.1.					
5.2.					
6.	Услуги в травматологических пунктах				
6.1.					
6.2.					
7.	Услуги в кожно-венерологических диспансерах и, или отделениях при многопрофильных больницах				
7.1.					
7.2.					
8.	Услуги в республиканских организациях здравоохранения				

8.1.					
8.2.					
9.	Медицинское обслуживание школьников в организациях образования				
9.1.					
9.2.					
10.	Проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне				
10.1					
10.2					
11.	Оказание консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя)				
11.1.					
11.2.					
12.	Оказание услуг молодежными центрами здоровья				
12.1.					
12.2.					
13.	Услуги по проведению скрининговых исследований на раннюю диагностику злокачественных новообразований (в разрезе видов скринингов)				
13.1.	На выявление рака молочной железы				
13.2.	На выявление рака шейки матки				
13.3	На выявление колоректального рака				
14	В рамках проведения профилактических осмотров сельского населения				
	Итого				

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

Главный бухгалтер поставщика:

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

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

Дата " ____ " ____ 20__ года

Примечание: * - данные формируются на основании данных МИС;

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

Форма

**Реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных без
привлечения соисполнителя* период: с "___" _____ 20__ года по "___"
_____ 20__ года**

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

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

Главный бухгалтер поставщика:

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

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

Дата "___" _____ 20__ года

Примечание:

* - данные формируются на основании данных МИС;

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

Приложение 6
к счету-реестру за оказание
комплекса услуг первичной
медико-санитарной помощи
и специализированной медицинской
помощи в амбулаторных условиях

Форма

**Реестр консультативно-диагностических услуг оказанных с
привлечением соисполнителя* период: с " ___ " _____ 20__ года по " ___ "
_____ 20__ года**

№ п п	Полный код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6
1.	Наименование соисполнителя _____ (по договору соисполнения от №___)				
1.1.					
1.2.					
	Итого				

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(для документа на бумажном носителе)

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

Дата " ___ " _____ 20__ года

Примечание:

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

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

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

Форма

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

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

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

Главный бухгалтер поставщика:

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

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

Дата " ___ " _____ 20__ года

Примечание:

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

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

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

Форма

**Реестр вызовов неотложной медицинской помощи 4 категории
срочности * период: с " ___ " _____ 20__ года по " ___ " _____ 20__ года**

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

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

Главный бухгалтер поставщика:

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

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

Дата " ___ " _____ 20__ года

Примечание:

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

Приложение 9
к счету-реестру за оказание
комплекса услуг первичной
медико-санитарной помощи
и специализированной медицинской
помощи в амбулаторных условиях

Форма

**Реестр по обеспечению лечебными низкобелковыми продуктами и
продуктами с низким содержанием фенилаланина период: с "___" _____
20___ года по "___" _____ 20___ года**

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

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

Главный бухгалтер поставщика:

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

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

Дата "___" _____ 20___ года

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

Форма

Реестр по проведению профилактических осмотров для сельского населения

на период:

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

№ п п	Полный код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Количество услуг	Сумма, тенге**
1	2	3	4	5	6
1.					
2.	Услуги по проведению профилактических осмотров для сельского населения				
2.1.	Жастар от 18 до 29 лет				
1					
2					
3					
ИТОГО					
2.2.	Енбек – 1 от 30 до 44 лет				
1					
2					
3					
ИТОГО					
2.3.	Енбек – 2 от 45 до 65 лет				
1					
2					
3					
ИТОГО					
2.4.	Зейнеткер старше 66 лет.				
1					
2					
3					
ИТОГО					
Итого					

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(для документа на бумажном носителе)

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

Дата " ____ " _____ 20__ года

Приложение 7 к приказу
Приложение 10 к Правилам
оплаты услуг субъектов
здравоохранения в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования

Форма

**Информация о структуре доходов при оказании комплекса услуг первичной
медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи
в амбулаторных условиях поставщиком, оказывающим первичную
медико-санитарную помощь период с " ___ " _____ 20 ___ года по " ___ "
_____ 20 ___ года**

(Наименование поставщика)

№ п п	Наименование услуги	Источники дохода, тыс. тенге		
		все- го	за счет бюджет- ных средств (ГОБМП, активы ОСМС)	за счет вне- бюд- жет- ных средств
1	2	3	4	5
1.	Доход за отчетный период, всего			
	в том числе:			
1.1.	Оказание амбулаторно-поликлинической помощи:			
1.2.	на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки			
1.3.	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина			
1.4.	сумма на оказание неотложной медицинской помощи			
1.5.	за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний			
1.6.	за расходы на разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности			

1.7.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи			
1.8.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне			
1.9.	оказание услуг по предотвращению распространения коронавирусной инфекции COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19: диагностические исследования на выявление РНК вируса COVID-19 из биологического материала методом полимеразной цепной реакции			
1.10	услуги мобильной бригады ПМСП			
1.11	дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (ПЭТ)			
1.12	Другие услуги (указать)			
1.13	За проведение профилактических осмотров для сельского населения			

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(для документа на бумажном носителе)

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

Дата " ____ " _____ 20__ года

Приложение 8 к приказу
Приложение 11 к Правилам
оплаты услуг субъектов
здравоохранения в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и(или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования

Форма

Информация о структуре расходов при оказании комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях поставщиком, оказывающим первичную медико-санитарную помощь период с " ___ " _____ 20 ___ года по " ___ " _____ 20 ___ года

(наименование поставщика)

№	Наименование	Кас-со-вые рас-хо-ды за про-шед-ший год (тыс. тен-ге)	План бюд-жет-ных средств на от-четный год	Кассовые расходы по нарастанию за отчетный период (тыс. тенге)		в т.ч. за от-четный ме-сяц (тыс. тенге)		Все-го Фак-тиче-ские рас-хо-ды по на-рас-танию за от-чет-ный пери-од (тыс. тен-ге)	От-кло-не-ние фак-тиче-ских рас-хо-дов от кас-со-вых рас-хо-дов (тыс. тен-ге)	Кре-ди-тор-ская за-дол-жен-ность по на-раста-нию (тыс. тенге)	Деби-тор-ская за-дол-жен-ность по на-раста-нию (тыс. тенге)
				все-го	в т.ч. аванс	все-го	в т.ч. аванс				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
0A		X	X	X	X	X	X				

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

	на услуги по обеспечению пита- ния												
в)	на оплата услуг по договору со- исполнения		X										
г)	расходы на текущий ремонт зда- ний, сооружений и оборудования		X										
д)	на аренду		X										
7.	Другие текущие затраты, всего:		X										
7.1.	Командировки и служебные разъезды внутри страны		X										
а)	в том числе на повышение квали- фикации и переподготовку кад- ров организаций здравоохране- ния		X										
7.2.	Командировки и служебные разъезды за пределы страны		X										
а)	в том числе на повышение квали- фикации и переподготовку кад- ров организаций здравоохране- ния		X										
7.3.	Прочие текущие затраты		X										
8.	Лизинговые платежи		X										
II	ПРИОБРЕТЕНИЕ ОСНОВНЫХ СРЕДСТВ		X										

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

Главный бухгалтер поставщика:

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

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

" ____ " ____ 20__ года

1	2	3	4	5	6	7	8
1.	ВСЕГО за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению						
	в том числе:						
1.1.	за оказание амбулаторно-поликлинической помощи:						
1.2.	на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки						
1.3.	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина						
1.4.	сумма на оказание неотложной медицинской помощи						
1.5.	за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний						
1.6.	За расходы на разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности						
1.7.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:						
1.7.1.	за оказание консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя)						
1.7.2.	услуги пенсионерам и членам семьи военнослужащих, правоохранительных и специализированных государственных органов						
1.7.3.	медицинское обслуживание школьников в организациях образования						
1.7.4.	услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта						
1.7.5.	услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта						
1.7.6.	дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (КТ, МРТ)						
1.7.7.	услуги в травматологических пунктах						
1.7.8.	услуги в кожно-венерологических диспансерах (и, или отделениях при многопрофильных больницах)						
1.7.9.	услуги в республиканских организациях здравоохранения						
1.7.10.	услуги молодежных центров здоровья						
1.8.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне						
1.9.	оказание услуг по предотвращению распространения коронавирусной инфекции COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19: диагностические исследования на выявление РНК вируса COVID-19 из биологического материала методом полимеразной цепной реакции						
1.10.	услуги мобильной бригады ПМСП						
1.11.	дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (ПЭТ)						
1.12.	за проведение профилактических осмотров для сельского населения						

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, принимаемой к оплате за оказание оказанных услуг патологоанатомической диагностики.

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

Таблица № 5. Расчет иных выплат и вычетов

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

Всего предъявлено к оплате _____ тенге;

Всего принято к оплате _____ тенге

Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо):

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

Должностные лица заказчика:

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

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

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

Ознакомлен (уполномоченное должностное лицо поставщика):

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

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

Дата " ____ " _____ 20 __ года

Приложение 10 к приказу
Приложение 17 к Правилам
оплаты услуг субъектов
здравоохранения в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и(или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования

Форма

**Акт оказанных услуг комплекса услуг первичной медико-санитарной
помощи**

и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года период с " ____ " _____ 20 ____
года

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

Источник финансирования: _____

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Общая сумма Договора: _____ тенге

Общая сумма выплаченного аванса: _____ тенге

Общая сумма выплаченного аванса в декабре: _____ тенге

Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): _____ тенге

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): _____ тенге

**Таблица № 1. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание комплекса
услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной
медицинской помощи в амбулаторных условиях прикрепленному населению**

№ п п	Наименование	Предъявлено к оплате		Принято к оплате	
		числен- ность на- селения или кол- во услуг	сум- ма, тен- ге	чис- лен- ность населе- ния или	сум- ма, тен- ге

1	2	3	4	5	6
				кол-во услуг	
1.	ВСЕГО за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению				
	в том числе:				
1.1.	за оказание амбулаторно-поликлинической помощи:				
1.2.	на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки				
1.3.	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина				
1.4.	сумма на оказание неотложной медицинской помощи				
1.5.	за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний				
1.6.	За расходы на разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности				
1.7.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:				
1.7.1.	за оказание консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя)				
1.7.2.	услуги пенсионерам и членам семьи военнослужащих, правоохранительных и специализированных государственных органов				
1.7.3.	медицинское обслуживание школьников в организациях образования				
1.7.4.	услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта				
1.7.5.	услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта				
1.7.6.	дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (КТ, МРТ)				
1.7.7.	услуги в травматологических пунктах				
1.7.8.	услуги в кожно-венерологических диспансерах (и, или отделениях при многопрофильных больницах)				
1.7.9.	услуги в республиканских организациях здравоохранения				
1.7.10.	услуги молодежных центров здоровья				
1.8.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне				
1.9.	оказание услуг по предотвращению распространения коронавирусной инфекции COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19: диагностические исследования на выявление РНК вируса COVID-19 из биологического материала методом полимеразной цепной реакции				
1.10.	услуги мобильной бригады ПМСП				
1.11.	дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (ПЭТ)				
1.12.	за проведение профилактических осмотров для сельского населения				

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

Индикаторы оценки деятельности	Предъявлено к оплате
--------------------------------	----------------------

№ п п							При- нято к опла- те
		Це- ле- вой по- ка- за- тель	Фак- тиче- ский по- каза- тель	Ко- ли- че- ство бал- лов	% до- сти- же- ния целе- вого пока- зате- ля	Сум- ма, тен- ге	Сум- ма, 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 № 3. Расчет суммы, принятой к оплате за оказание услуг патологоанатомической диагностики

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

Таблица № 4. Сумма иных выплат и вычетов

Виды медицинской помощи	Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов и выплат)	Выплаты		Вычеты	

№			количе- ство	сум- ма	коли- чество	сум- ма
п	2	3	4	5	6	7
1.						
2.						
	Итого					

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

1. удержанная сумма: _____ тенге, из них:

1.1 по результатам мониторинга качества и объема: _____ тенге;

1.2 по услугам вне договора _____ тенге;

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

2.1 выплаты: _____ тенге,

2.2 вычеты: _____ тенге.

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса: _____ тенге;

Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит к удержанию

в следующий период: _____ тенге;

Итого начислено к перечислению: _____ тенге.

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

Приложение 11 к приказу
 Приложение 60 к Правилам
 оплаты услуг субъектов
 здравоохранения в рамках
 гарантированного объема
 бесплатной медицинской
 помощи и (или) в системе
 обязательного социального
 медицинского страхования

**Протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию медицинской
 помощи
 сельскому населению № _____ от "___" _____ 20__ года период:
 с "___" _____ 20__ года по "___" _____ 20__ года
 по Договору № _____ от "___" _____ 20__ года**

Источник финансирования: _____

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

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

№ п п	Наименование	Предъявлено к оплате		Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частич- но		Принято к оплате	
		чис- лен- ность насе- ления	сум- ма, тен- ге	коли- че- ство слу- чаев	сум- ма, тен- ге	чис- лен- ность насе- ления	сум- ма, тен- ге
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Всего на оказание медицинской помощи прикрепленному населению, в том числе:						
1.1.	за оказание медицинской помощи:						
1.1.1.	за оказание специализированной медицинской помощи						
1.1.2.	за оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению:						
1.2							

	на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки						
1.3.	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина						
1.4.	сумма на оказание неотложной медицинской помощи						
1.5.	за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний						
1.6.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:						
1.6.1.	за оказание консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя)						
1.6.2.	услуги ветеранам Великой Отечественной войны и лицам, приравненным к ним, оказываемые в специализированных организациях здравоохранения или организациях здравоохранения, определенных местными органами государственного управления здравоохранением						
1.6.3.	медицинское обслуживание школьников в организациях образования						
1.6.4.	услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта						
1.6.5.	услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта						
1.6.6.	услуги в травматологических пунктах						
1.6.7.	услуги в кожно-венерологических диспансерах (и, или отделениях при многопрофильных больницах)						
1.6.8.	услуги молодежных центров здоровья						
1.7.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне						
1.8.	оказание услуг по предотвращению распространения коронавирусной инфекции COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19: диагностические исследования на выявление РНК вируса COVID-19 из биологического материала методом полимеразной цепной реакции						
1.9.	услуги мобильной бригады ПМСП						
1.10.	за проведение профилактических осмотров для сельского населения						

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

№ п п	Код или наименование перечня	Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично	
		Количество услуг численность	Сумма, тенге
1	2	3	4
1.	Реестр услуг, прошедших текущий мониторинг		
1.1.	за отчетный период		
1.2.	за прошедший период		
2.	Реестр услуг, прошедших целевой мониторинг		
2.1.	за отчетный период		

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

Примечание:

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

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

№ пп	Индикаторы конечного результата	Предъявлено к оплате					Принято к оплате
		Целевой показатель	Фактический показатель	Количество баллов	% достижения целевого показателя	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. Сумма иных выплат и вычетов

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

Всего предъявлено к оплате _____ тенге;

Всего принято к оплате _____ тенге.

Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо):

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

Должностные лица заказчика:

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

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

Ознакомлен (уполномоченное должностное лицо поставщика):

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

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

Дата " ____ " _____ 20 __ года

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

Акт оказанных услуг за оказание медицинской помощи сельскому населению

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

Источник финансирования: _____

Наименование поставщика : _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Общая сумма Договора: _____ тенге

Общая сумма выплаченного аванса: _____ тенге

Общая сумма выплаченного аванса в декабре: _____ тенге

Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): _____ тенге

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): _____ тенге

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

№ пп	Наименование	Предъявлено к оплате		Принято к оплате	
		численность населения или кол-во услуг	сумма, тенге	численность населения или	сумма, тенге

		Целевой показателем	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 № 3. Сумма иных выплат и вычетов

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

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

1. удержанная сумма: _____ тенге, из них:

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

1.2. услуги вне Договора _____ тенге;

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

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

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

2.1. выплаты: _____ тенге,

2.2 вычеты: _____ тенге

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса: _____ тенге;

Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит к удержанию

в следующий период: _____ тенге;

Итого начислено к перечислению: _____ тенге.

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