

Об утверждении правил ведения учета субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-186/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 11 ноября 2020 года № 21619.

В соответствии с подпунктом 67) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемые правила ведения учета субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования.

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 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 Первого вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Шоранова М.Е.

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

*Министр здравоохранения
Республики Казахстан*

А. Цой

Утверждены приказом
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 6 ноября 2020 года
№ ҚР ДСМ-186/2020

Правила ведения учета субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования

Сноска. Правила - в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 17.08.2023 № 145 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Глава 1. Общие положения

1. Настоящие Правила ведения учета субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования (далее – Правила) разработаны в соответствии с подпунктом 67) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекс) и определяют порядок ведения учета субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования (далее – ОСМС).

2. В настоящих Правилах используются следующие основные понятия:

1) фонд социального медицинского страхования (далее – фонд) – некоммерческая организация, производящая аккумулирование отчислений и взносов, а также осуществляющая закуп и оплату услуг субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в объемах и на условиях, предусмотренных договором закупа медицинских услуг, и иные функции, определенные законами Республики Казахстан;

2) соисполнитель – субъект здравоохранения, включенный в базу данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС (далее – база данных), с которым поставщик заключил договор соисполнения для исполнения части обязательств поставщика по заключенному договору закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП или в системе ОСМС или договору закупа услуг по дополнительному обеспечению ГОБМП;

3) договор соисполнения – соглашение в письменной форме между поставщиком и субъектом здравоохранения, предусматривающее оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС для исполнения части обязательств поставщика по заключенному договору закупа услуг или дополнительного обеспечения ГОБМП;

4) уполномоченный орган в области здравоохранения (далее – уполномоченный орган) – центральный исполнительный орган, осуществляющий руководство и межотраслевую координацию в области охраны здоровья граждан Республики Казахстан, медицинской и фармацевтической науки, медицинского и фармацевтического образования, санитарно-эпидемиологического благополучия населения, обращения лекарственных средств и медицинских изделий, качества оказания медицинских услуг (помощи);

5) субъекты здравоохранения – организации здравоохранения, а также физические лица, занимающиеся частной медицинской практикой и фармацевтической деятельностью;

6) база данных – перечень субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в ОСМС, формируемый фондом в соответствии с настоящими Правилами;

7) веб-портал закупа услуг у субъектов здравоохранения (применительно к Правилам) (далее – веб-портал) – информационная система, предоставляющая единую точку доступа к электронным услугам закупа услуг у субъектов здравоохранения в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

8) поставщик – субъект здравоохранения, с которым фонд или администратор бюджетных программ заключил договор закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП или в системе ОСМС или договор закупа услуг по дополнительному обеспечению ГОБМП в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-242/2020 "Об утверждении правил закупа услуг у субъектов здравоохранения по оказанию медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21744) (далее – Правила закупа);

9) договор закупа услуг по дополнительному обеспечению ГОБМП (далее – договор закупа услуг) – соглашение в письменной форме между администратором бюджетных программ и субъектом здравоохранения, предусматривающее оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП;

10) договор закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП или в системе ОСМС (далее – договор закупа услуг) – соглашение в письменной форме между фондом и субъектом здравоохранения, предусматривающее оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП или в системе ОСМС;

11) субъект цифрового здравоохранения – юридическое лицо, осуществляющее деятельность или вступающее в общественные отношения в части информационно-технического сопровождения информационных систем здравоохранения, включая организационно-методическую работу с субъектами здравоохранения;

12) электронный документ – документ, в котором информация представлена в электронно-цифровой форме и удостоверена посредством электронной цифровой подписи;

13) электронная цифровая подпись (далее – ЭЦП) – набор электронных цифровых символов, созданный средствами электронной цифровой подписи и подтверждающий

достоверность электронного документа, его принадлежность и неизменность содержания.

Глава 2. Порядок ведения учета субъектов здравоохранения, осуществляющих оказание медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования

3. Ведение учета субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС (далее – учет субъектов здравоохранения) осуществляется фондом.

4. Учет субъектов здравоохранения проводится посредством:

- 1) формирования и актуализации базы данных;
- 2) формирования и актуализации перечня субъектов здравоохранения, исключенных из базы данных;
- 3) формирования и актуализации перечня соисполнителей.
- 4) определение субъектов здравоохранения, включенных в базу данных, соответствующими для заключения долгосрочных договоров закупа на срок до трех лет (далее – долгосрочный договор).

Сноска. Пункт 4 с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 22.11.2024 № 96 (вводится в действие после дня его первого официального опубликования).

5. Формирование базы данных осуществляется фондом на веб-портале на постоянной основе на основании поданных субъектами здравоохранения заявок на включение (актуализацию) в базу (базы) данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС по форме согласно приложению 1 к настоящим Правилам (далее – заявка).

6. Заявка подается субъектом здравоохранения по месту нахождения производственной (производственных) базы (баз), расположенных на соответствующей административно-территориальной единице (области, города республиканского значения, столицы), на веб-портале в электронной форме, удостоверенной ЭЦП руководителя субъекта здравоохранения или уполномоченного им лица при:

1) наличии лицензии на медицинскую деятельность и приложений к ней, подтверждающих право на оказание соответствующих медицинских услуг по месту нахождения производственной базы субъекта здравоохранения согласно Закону Республики Казахстан "О разрешениях и уведомлениях" (далее – Закон), зарегистрированной в информационной системе "Государственная база данных "Е-лицензирование" (далее – ГБД "Е-лицензирование");

2) непричастности к процедуре банкротства или ликвидации;

3) отсутствию ограничений на включение в базу данных в соответствии с подпунктами 2), 3), 4), 6) и 9) пункта 17 настоящих Правил;

4) наличии лицензии на фармацевтическую деятельность и приложений к ней, подтверждающих право на изготовление лекарственных препаратов и (или) розничную реализацию лекарственных средств по месту нахождения производственной (производственных) базы (баз) субъекта здравоохранения, претендующей (претендующих) на оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС согласно Закону и правил организации оказания медицинской помощи, установленным Кодексом и иными нормативными правовыми актами в области здравоохранения, зарегистрированной в ГБД "Е-лицензирование";

5) наличии лицензии на обращение с приборами и установками, генерирующими ионизирующее излучение и приложений к ней, подтверждающих право на использование приборов и установок, генерирующих ионизирующее излучение по месту нахождения производственной (производственных) базы (баз) субъекта здравоохранения, претендующей (претендующих) на оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС согласно Закону и правил организации оказания медицинской помощи, установленным Кодексом и иными нормативными правовыми актами в области здравоохранения, зарегистрированной в ГБД "Е-лицензирование";

6) наличии лицензии на осуществление деятельности в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ, и прекурсоров и приложений к ней, подтверждающих право на осуществление деятельности, связанной с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в области здравоохранения по месту нахождения производственной (производственных) базы (баз) субъекта здравоохранения, претендующей (претендующих) на оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС согласно Закону и правил организации оказания медицинской помощи, установленным Кодексом и иными нормативными правовыми актами в области здравоохранения, зарегистрированной в ГБД "Е-лицензирование";

7) наличии разрешительного документа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения выданного в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-336/2020 "О некоторых вопросах оказания государственных услуг в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 22004) (на объект высокой эпидемической значимости – копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии объекта высокой эпидемической значимости нормативным правовым актам в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения или его электронная форма из государственного электронного реестра разрешений и уведомлений; на объект незначительной эпидемической значимости – копия или электронная форма уведомления о начале осуществления деятельности (эксплуатации))

объекта незначительной эпидемической значимости из государственного электронного реестра разрешений и уведомлений) (далее – разрешительного документа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения) на производственную (производственные) базу (базы) субъекта здравоохранения, претендующей (претендующих) на оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС.

Субъект здравоохранения, имеющий филиал, представительство или иное обособленное структурное подразделение, представляет заявку в качестве поставщика и (или) соисполнителя с указанием всех имеющихся производственных баз, претендующих на оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС.

Субъекты здравоохранения, находящиеся в ведении местных исполнительных органов областей, городов республиканского значения и столицы вне зависимости от места нахождения производственной базы, подают заявку на территории данных местных исполнительных органов, вне зависимости от места нахождения производственной базы.

7. Субъекты здравоохранения к заявке прилагают:

1) сведения о государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица (для юридического лица) или копия свидетельства (справка) регистрации в качестве индивидуального предпринимателя и копия документа, удостоверяющего личность (для физического лица);

2) документы, указанные в подпунктах 1), 4), 5) и 6) пункта 6 настоящих Правил, которые прикрепляются к заявке посредством интеграции с ГБД "Е-лицензирование";

3) копию (копии) разрешительного (разрешительных) документа (документов) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на производственную (производственные) базу (базы) субъекта здравоохранения, претендующей (претендующих) на оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

4) копию доверенности при подписании и (или) представлении заявки поверенным лицом руководителя;

5) согласие о внесении данных и их актуализации в информационной системе "Система управления ресурсами" (далее – ИС "СУР"), информационной системе "Система управления медицинской техникой" (далее – ИС "СУМТ") (все субъекты здравоохранения), в портале "Регистр прикрепленного населения" (далее – Портал "РПН") (субъекты здравоохранения, претендующие на оказание первичной медико-санитарной помощи) по форме согласно приложению 2 к настоящим Правилам (далее – согласие по данным ИС "СУР", ИС "СУМТ" и Портала "РПН").

8. Фонд в течение трех рабочих дней (в течение пяти рабочих дней при подаче заявки в соответствии с пунктом 6 настоящих Правил, субъектом здравоохранения,

ранее не состоявшем в базе данных в качестве поставщика) со дня подачи субъектом здравоохранения заявки рассматривает ее на соответствие пунктам 6 и 7 настоящих Правил.

При соответствии заявки пунктам 6 и 7 настоящих Правил субъект здравоохранения на веб-портале включается в базу данных или актуализирует сведения по заявленному (заявленным) виду (видам), форме (формам) медицинской помощи, условию (условиям) ее оказания в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС и субъекту здравоохранения направляется уведомление о включении (об актуализации) в базу (базы) данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС по форме согласно приложению 3 к настоящим Правилам в электронной форме, удостоверенное ЭЦП уполномоченного лица фонда.

При несоответствии заявки пунктам 6 и 7 настоящих Правил субъекту здравоохранения на веб-портале направляется уведомление об отклонении заявки на включение (актуализацию) в базу (базы) данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС по форме согласно приложению 4 в электронной форме, удостоверенное ЭЦП уполномоченного лица фонда, с указанием одной из следующих причин:

1) отсутствие (несоответствие) лицензии на медицинскую деятельность и (или) приложений к ней по заявленным формам (видам) медицинской помощи, условию (условиям) ее оказания в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

2) отсутствие (несоответствие) лицензии на фармацевтическую деятельность и (или) приложений, подтверждающих право на изготовление лекарственных препаратов и (или) розничную реализацию лекарственных средств по месту нахождения производственной (производственных) базы (баз) субъекта здравоохранения, претендующей (претендующих) на оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС согласно Закону и правил организации оказания медицинской помощи, установленных Кодексом и иными нормативными правовыми актами в области здравоохранения, зарегистрированной в ГБД "Е-лицензирование";

3) отсутствие (несоответствие) лицензии на обращение с приборами и установками, генерирующими ионизирующее излучение и (или) приложений к ней, подтверждающих право на использование приборов и установок, генерирующих ионизирующее излучение по месту нахождения производственной (производственных) базы (баз) субъекта здравоохранения, претендующей (претендующих) на оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС согласно Закону и правил организации оказания медицинской помощи, установленных Кодексом и иными нормативными правовыми актами в области здравоохранения, зарегистрированной в ГБД "Е-лицензирование";

4) отсутствие (несоответствие) лицензии на осуществление деятельности в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ, и прекурсоров и (или)

приложений к ней, подтверждающих право на осуществление деятельности, связанной с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в области здравоохранения по месту нахождения производственной (производственных) базы (баз) субъекта здравоохранения, претендующей (претендующих) на оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС согласно Закону и правил организации оказания медицинской помощи, установленных Кодексом и иными нормативными правовыми актами в области здравоохранения, зарегистрированной в ГБД "Е-лицензирование";

5) отсутствие (несоответствие) приложенной копии разрешительного документа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на производственную (производственные) базу (базы) субъекта здравоохранения, претендующей (претендующих) на оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

6) проведение у субъекта здравоохранения процедуры банкротства или ликвидации;

7) отсутствие сведений о государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица (для юридического лица) или свидетельства (справки) регистрации в качестве индивидуального предпринимателя и документа, удостоверяющего личность (для физического лица);

8) несоответствие (недостоверность) документов, представленных субъектом здравоохранения и (или) данных (сведений), содержащихся в них, данным, указанным в заявке;

9) наличие ограничений на включение в базу данных в связи с исключением субъекта здравоохранения из базы данных на основаниях согласно подпунктам 2), 3), 4), 6) и 9) пункта 17 настоящих Правил;

10) на основании решения суда, вступившего в законную силу;

11) отсутствие согласия по данным ИС "СУР", ИС "СУМТ" и Портала "РПН";

12) отсутствие копии доверенности при подписании и (или) представлении заявки поверенным лицом руководителя;

13) на основании отрицательного заключения по результатам посещения субъекта здравоохранения фондом согласно пункту 15-1 настоящих Правил;

14) несоблюдение требований в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения в части количества коечного фонда по заявленным видам медицинской помощи по результатам посещения фондом производственных баз субъекта здравоохранения.

Сноска. Пункт 8 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 22.11.2024 № 96 (вводится в действие после дня его первого официального опубликования).

9. На веб-портале проводится автоматическая регистрация заявок с присвоением сквозной нумерации.

10. База данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС по форме согласно приложению 5 к настоящим Правилам, формируется в электронной форме на веб-портале и размещается фондом на интернет-ресурсе фонда.

Подача заявки для включения в базу данных субъектом здравоохранения является выражением согласия субъекта здравоохранения на соблюдение норм настоящих Правил, Правил закупа, приказа 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) и приказа исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-321/2020 "Об утверждении Правил проведения мониторинга исполнения условий договора закупа медицинских услуг у субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21904).

Уполномоченный орган и местные органы государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы (далее – управление здравоохранения) на своих интернет-ресурсах предусматривают ссылку на базу данных, сформированную на веб-портале.

11. Управления здравоохранения ежегодно на предстоящий год до 1 октября текущего года издают приказ об определении коечного фонда субъектов здравоохранения, включая коечный фонд в разрезе профилей коек в стационарных и (или) стационарозамещающих условиях в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС по форме согласно приложению 6 к настоящим Правилам (далее – Приказ по коечному фонду), с учетом разрешительных документов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Приказ по коечному фонду направляется в фонд и субъекту цифрового здравоохранения и размещается на интернет-ресурсе фонда и управлений здравоохранения.

Сноска. Пункт 11 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 22.11.2024 № 96 (вводится в действие после дня его первого официального опубликования).

12. Субъекты здравоохранения, включенные в базу данных, получают доступ к ИС "СУР" и ИС "СУМТ" (все субъекты здравоохранения) и к Порталу "РПН" (субъекты здравоохранения, претендующие на оказание первичной медико-санитарной помощи),

предоставляемый субъектом цифрового здравоохранения в течение трех рабочих дней со дня получения от фонда информации о субъектах здравоохранения, включенных в базу данных.

Субъекты здравоохранения в течение десяти рабочих дней после дня получения доступа к ИС "СУР", ИС "СУМТ" и Порталу "РПН" вносят:

1) в ИС "СУР" – сведения по коечному фонду в разрезе профилей коек в стационарных условиях и сведения по койко-местам в стационарозамещающих условиях в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС (количество коечного фонда вносят с санитарно-эпидемиологического заключения);

2) в ИС "СУР" – сведения по зданиям объектов здравоохранения по адресам производственных баз в соответствии с приложением (приложениями) к лицензии на медицинскую деятельность, выданной в соответствии с Законом;

3) в ИС "СУР" – сведения по кадрам в соответствии с приложением (приложениями) к лицензии на медицинскую деятельность, выданной в соответствии с Законом;

4) в Портал "РПН" – сведения по участкам прикрепления населения;

5) в ИС "СУМТ" – сведения по медицинским изделиям.

Доступ к информационным системам здравоохранения, помимо указанных в части первой настоящего пункта, получают субъекты здравоохранения, заключившие договор закупа услуг с фондом или договор дополнительного обеспечения ГОБМП с администратором бюджетных программ, и их соисполнители.

Сноска. Пункт 12 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 22.11.2024 № 96 (вводится в действие после дня его первого официального опубликования).

13. Управления здравоохранения ежегодно в период с 1 по 15 октября осуществляют мониторинг по субъектам здравоохранения, включенным в базу данных:

1) в ИС "СУР" – сведений по коечному фонду в разрезе профилей коек в стационарных условиях или койко-местах в стационарозамещающих условиях в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС в соответствии с Приказом по коечному фонду (количество коечного фонда вносят с санитарно-эпидемиологического заключения);

2) в ИС "СУР" – сведений по зданиям объектов здравоохранения на соответствие, по адресам производственных баз согласно приложению (приложениям) к лицензии на медицинскую деятельность, выданной в соответствии с Законом;

3) в ИС "СУР" – сведений по кадрам на соответствие приложению (приложениям) к лицензии на медицинскую деятельность, выданной в соответствии с Законом.

При выявлении факта несоответствия сведений по субъекту здравоохранения согласно части первой настоящего пункта, управление здравоохранения направляет субъекту здравоохранения, фонду и субъекту цифрового здравоохранения уведомление в письменной форме о выявленных несоответствиях в ИС "СУР" (далее – уведомление по сведениям ИС "СУР").

Субъект здравоохранения в срок до 31 октября текущего года устраняет несоответствия согласно уведомлению по сведениям ИС "СУР" и уведомляет в письменной форме управление здравоохранения, фонд и субъект цифрового здравоохранения об устранении несоответствий согласно уведомлению по сведениям ИС "СУР".

В срок до 20 ноября текущего года фонд проводит мониторинг по устранению субъектом здравоохранения несоответствий согласно уведомлению по сведениям ИС "СУР".

Сноска. Пункт 13 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 22.11.2024 № 96 (вводится в действие после дня его первого официального опубликования).

14. Актуализация базы данных осуществляется фондом на веб-портале на постоянной основе на основании поданных субъектами здравоохранения заявок в соответствии с пунктами 8 и 9 настоящих Правил, а также по основаниям, предусмотренным пунктом 17 настоящих Правил, и предусматривает изменение сведений, содержащихся в базе данных.

15. Ежегодно в период с 1 октября по 31 октября текущего года субъекты здравоохранения, включенные в базу данных в качестве поставщика, подают заявку на актуализацию сведений по базе данных.

В течение года субъекты здравоохранения актуализируют сведения, содержащиеся в базе данных, не позднее пяти рабочих дней со дня наступления изменений.

15-1. При рассмотрении заявок на актуализацию сведений базы по видам или условиям оказания медицинской помощи, на которые подана заявка субъектом здравоохранения согласно пункту 15 настоящих Правил, Фонд осуществляет посещение производственных баз субъекта здравоохранения с направлением уведомления субъекту здравоохранения не позднее одного рабочего дня до дня посещения.

Уведомление направляется одним из следующих способов:

в электронном виде при наличии электронного документооборота у субъекта здравоохранения;

заказной корреспонденцией с уведомлением о доставке;

в электронном виде в личном кабинете на веб-портале.

По результатам посещения фонд формирует заключение по результатам посещения субъекта здравоохранения, претендующего на оказание медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования по форме согласно приложению 6-1 к настоящим Правилам (далее – заключение по результатам посещения субъекта здравоохранения).

Отрицательное заключение по результатам посещения субъекта здравоохранения является основанием для принятия решения фондом об отклонении заявки согласно пункту 8 настоящих Правил.

При подаче заявки субъектом здравоохранения, ранее не состоявшим в базе данных в качестве поставщика, фонд осуществляет посещение субъекта в соответствии с частями первой, второй и третьей настоящего пункта.

Сноска. Глава 1 дополнена пунктом 15-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 22.11.2024 № 96 (вводится в действие после дня его первого официального опубликования).

16. При выявлении фондом или администратором бюджетных программ случаев изменения сведений, содержащихся в базе данных, фонд или администратор бюджетных программ в течение трех рабочих дней уведомляет в письменной форме субъект здравоохранения о необходимости актуализации данных в базе данных путем подачи заявки на веб-портале.

17. Исключение субъектов здравоохранения из базы данных по месту нахождения производственной (производственных) базы (баз), расположенных на соответствующей административно-территориальной единице (области, города республиканского значения, столицы) по виду (видам), форме (формам) медицинской помощи, условию (условиям) ее оказания в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, по которым субъект здравоохранения включен в базу данных осуществляется фондом в следующих случаях :

1) в качестве поставщика и соисполнителя при расторжении фондом договора закупа услуг или администратором бюджетных программ договора дополнительного обеспечения ГОБМП при ликвидации или реорганизации субъекта здравоохранения (при необходимости) и при изменении формы собственности или его организационно-правовой формы, предполагающих исключение субъекта здравоохранения из базы данных – в течение десяти рабочих дней со дня расторжения договора закупа услуг или договора дополнительного обеспечения ГОБМП;

2) в качестве поставщика и соисполнителя при расторжении фондом договора закупа услуг или администратором бюджетных программ договора дополнительного обеспечения ГОБМП, если финансово-хозяйственная деятельность субъекта здравоохранения приостановлена в соответствии с законодательством Республики Казахстан – в течение десяти рабочих дней со дня расторжения договора закупа услуг или договора дополнительного обеспечения ГОБМП;

3) в качестве поставщика и соисполнителя при расторжении в одностороннем порядке фондом договора закупа услуг или администратором бюджетных программ договора дополнительного обеспечения ГОБМП в связи с неисполнением,

несвоевременным либо ненадлежащим исполнением условий договора закупа услуг – в течение десяти рабочих дней со дня расторжения договора закупа услуг или договора дополнительного обеспечения ГОБМП;

4) в качестве поставщика и соисполнителя при расторжении фондом договора закупа услуг или администратором бюджетных программ договора дополнительного обеспечения ГОБМП в одностороннем порядке по инициативе субъекта здравоохранения – в течение десяти рабочих дней со дня расторжения договора закупа услуг или договора дополнительного обеспечения ГОБМП;

5) в качестве поставщика и соисполнителя при расторжении фондом договора закупа услуг или администратором бюджетных программ договора дополнительного обеспечения ГОБМП, если субъектом здравоохранения предоставлены недостоверные данные и (или) информация, содержащая ложные сведения о деятельности юридического или физического лица – в течение десяти рабочих дней со дня расторжения договора закупа услуг или договора дополнительного обеспечения ГОБМП;

6) в качестве поставщика и соисполнителя при расторжении фондом договора закупа услуг или администратором бюджетных программ договора дополнительного обеспечения ГОБМП на основании решения суда по осуществлению медицинской деятельности согласно Закону – в течение десяти рабочих дней со дня расторжения договора закупа услуг или договора дополнительного обеспечения ГОБМП;

7) в качестве поставщика и соисполнителя при ликвидации, реорганизации, прекращения деятельности субъекта здравоохранения (при необходимости), изменения формы собственности или его организационно-правовой формы или изменения вида деятельности, предполагающих исключение субъекта здравоохранения из базы данных, не являющегося поставщиком – в течение десяти рабочих дней со дня со дня выявления факта прекращения его правоспособности и дееспособности путем исключения из государственного регистра юридических лиц или изменения регистрационных данных в государственном регистре юридических лиц;

8) в качестве поставщика и соисполнителя при предоставлении субъектом здравоохранения, не являющегося поставщиком, недостоверных данных и (или) информации, содержащей ложные сведения о деятельности юридического или физического лица при включении в базу данных – в течение десяти рабочих дней со дня выявления факта предоставления недостоверных данных и (или) информации, содержащей ложные сведения о деятельности юридического или физического лица;

9) в качестве соисполнителя, если оказание услуг по договору соисполнения послужило основанием для расторжения фондом или администратором бюджетных программ в одностороннем порядке договора закупа услуг в связи с неисполнением, несвоевременным либо ненадлежащим исполнением условий договора закупа услуг или договора дополнительного обеспечения ГОБМП – в течение десяти рабочих дней

со дня расторжения договора закупа услуг или договора дополнительного обеспечения ГОБМП;

10) в качестве поставщика и (или) соисполнителя по инициативе субъекта здравоохранения в соответствии с пунктом 19 настоящих Правил;

11) в качестве поставщика, если субъект здравоохранения в течение трех лет с даты включения в базу данных не заключал с фондом договор закупа услуг и (или) администратором бюджетных программ договора дополнительного обеспечения ГОБМП – в течение тридцати календарных дней по истечении трех лет с даты включения в базу данных;

12) в качестве поставщика и соисполнителя при отсутствии (несоответствии) внесенных сведений в ИС "СУР", в ИС "СУМТ" (все субъекты здравоохранения) и в Портале "РПН" (субъекты здравоохранения, претендующие на оказание первичной медико-санитарной помощи) в соответствии с пунктом 12 настоящих Правил – по истечении тридцати календарных дней с даты включения в базу данных.

13) **исключен приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 26.09.2025 № 99 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

При расторжении администратором бюджетных программ договора дополнительного обеспечения ГОБМП по основаниям настоящего пункта, администратор бюджетных программ уведомляет в письменной форме фонд в течение трех рабочих дней со дня расторжения договора дополнительного обеспечения ГОБМП с указанием причины исключения субъекта здравоохранения из базы данных.

Сноска. Пункт 17 с изменениями, внесенными приказами Министра здравоохранения РК от 22.11.2024 № 96 (вводится в действие после дня его первого официального опубликования); от 26.09.2025 № 99 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования)..

18. При исключении субъекта здравоохранения из базы данных, фонд в течение одного рабочего дня со дня исключения из базы данных направляет субъекту здравоохранения уведомление об исключении субъекта здравоохранения из базы данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС или вида (видов), формы (форм) медицинской помощи, условия (условий) ее оказания по которым субъект здравоохранения включен в базу данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, по форме согласно приложению 7 к настоящим Правилам (далее – уведомление об исключении) на веб-портале в электронной форме, удостоверенной ЭЦП уполномоченного лица фонда с указанием причины исключения согласно основаниям, указанным в пункте 17 настоящих Правил.

19. Для исключения субъекта здравоохранения из базы данных по инициативе самого субъекта здравоохранения, субъектом здравоохранения подается заявка на исключение из базы данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС по форме согласно приложению 8 к настоящим Правилам (далее – заявка на исключение) по месту нахождения производственной (производственных) базы (баз), расположенных на соответствующей административно-территориальной единице (области, города республиканского значения, столицы), на веб-портале в электронной форме, удостоверенной ЭЦП руководителя субъекта здравоохранения или уполномоченного им лица при отсутствии действующих:

- 1) договоров закупок услуг;
- 2) договоров дополнительного обеспечения ГОБМП;
- 3) договоров соисполнения.

20. Субъект здравоохранения к заявке на исключение прилагает:

1) сведения о государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица (для юридического лица) или копию свидетельства (справки) регистрации в качестве индивидуального предпринимателя и копию документа, удостоверяющего личность (для физического лица);

2) копию доверенности при подписании и (или) представлении заявки поверенным лицом руководителя.

21. На веб-портале проводится автоматическая регистрация заявок на исключение с присвоением сквозной нумерации.

22. Фонд в течение трех рабочих дней со дня подачи субъектом здравоохранения заявки на исключение рассматривает ее на соответствие пунктам 19 и 20 настоящих Правил.

При соответствии заявки на исключение пунктам 19 и 20 настоящих Правил, субъект здравоохранения исключается на веб-портале из базы данных по заявленным виду (видам), форме (формам) медицинской помощи, условию (условиям) ее оказания в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС и субъекту здравоохранения направляется уведомление об исключении в электронной форме, удостоверенное ЭЦП уполномоченного лица фонда.

При несоответствии заявки на исключение пунктам 19 и 20 настоящих Правил субъекту здравоохранения на веб-портале направляется уведомление об отклонении заявки на исключение из базы данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС по форме согласно приложению 9 к настоящим Правилам в электронной форме, удостоверенное ЭЦП уполномоченного лица фонда, с указанием одной или нескольких из следующих причин:

1) отсутствие сведений о государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица (для юридического лица) или свидетельства (справки) регистрации в качестве индивидуального предпринимателя и документа, удостоверяющего личность (для физического лица);

2) несоответствие (недостоверность) документов, представленных субъектом здравоохранения и (или) данных (сведений), содержащихся в них, данным, указанным в заявке на исключение;

3) наличие действующих договоров закупа;

4) наличие действующих договоров дополнительного обеспечения ГОБМП;

5) наличие действующих договоров соисполнения;

6) отсутствие копии доверенности при подписании и (или) представлении заявки поверенным лицом руководителя.

23. Перечень субъектов здравоохранения, исключенных из базы данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС (далее – перечень субъектов здравоохранения, исключенных из базы данных) формируется в электронной форме на веб-портале и размещается фондом на интернет-ресурсе фонда по форме согласно приложению 10 к настоящим Правилам.

24. Актуализация перечня субъектов здравоохранения, исключенных из базы данных, осуществляется фондом на постоянной основе на интернет-ресурсе фонда.

25. Поставщик, исключенный из базы данных по основаниям, предусмотренным подпунктами 3), 4) и 9) пункта 17 настоящих Правил, не включается в базу данных в качестве поставщика и (или) соисполнителя в течение трех лет со дня его исключения из базы данных.

26. Перечень соисполнителей, претендующих на оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС по договору соисполнения (далее – перечень соисполнителей) формируется по форме согласно приложению 11 к настоящим Правилам в электронной форме на веб-портале и размещается фондом на интернет-ресурсе фонда.

27. Актуализация перечня соисполнителей осуществляется фондом на постоянной основе на интернет-ресурсе фонда на основании поданных субъектами здравоохранения заявок на включение в базу данных в качестве соисполнителя.

28. Управления здравоохранения размещают на своих интернет-ресурсах ссылки на перечень поставщиков, перечень соисполнителей и перечень субъектов здравоохранения, исключенных из базы данных, опубликованные на веб-портале и интернет-ресурсе фонда.

29. Субъект здравоохранения в течение тридцати календарных дней со дня включения в базу данных вносит на веб-портале:

1) сведения по оказанию медицинских услуг в рамках специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС по форме согласно приложению 12 к настоящим Правилам;

2) сведения по оказанию медицинских услуг в рамках специализированной медицинской помощи в стационарных и стационарозамещающих условиях в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС по форме согласно приложению 13 к настоящим Правилам;

3) сведения по оказанию высокотехнологичных медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС по форме согласно приложению 14 к настоящим Правилам.

Сведения, указанные в части первой настоящего пункта доступны по оказываемым услугам в общем доступе на веб-портале для просмотра, и на постоянной основе актуализируются субъектами здравоохранения.

30. Субъект здравоохранения, включенный в базу данных в качестве поставщика, при заключении договоров соисполнения с субъектами здравоохранения, включенными в базу данных, ежемесячно в срок до 25 числа следующего за отчетным периодом предоставляет в фонд в бумажной форме или вносит на веб-портале сведения по заключенным договорам соисполнения к договорам закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС по форме согласно приложению 15 к настоящим Правилам.

30-1. Определение субъектов здравоохранения соответствующими для отбора на заключение долгосрочных договоров закупа по видам медицинской помощи, услугам и (или) условиям оказания медицинских услуг на предстоящий год осуществляется по решению фонда на основании поданных субъектами здравоохранения заявок на определение субъекта здравоохранения соответствующим для отбора на заключение долгосрочного договора закупа медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования по форме согласно приложению 16 к настоящим Правилам (далее – заявка на соответствие).

Сноска. Глава 1 дополнена пунктом 30-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 22.11.2024 № 96 (вводится в действие после дня его первого официального опубликования).

30-2. Заявка на соответствие подается субъектом здравоохранения по месту нахождения производственной (производственных) базы (баз), расположенных на соответствующей административно-территориальной единице (области, города республиканского значения, столицы), при:

1) включении субъекта здравоохранения в базу данных по заявленному (заявленным) виду (видам), форме (формам) медицинской помощи, условию (условиям) ее оказания в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

2) наличии непрерывного опыта предоставления услуг по оказанию медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС по данным, полученным из информационных систем уполномоченного органа или фонда (далее – ИС здравоохранения) в течение пяти лет, за исключением:

субъектов здравоохранения, участвующих в реализации проекта в рамках государственно-частного партнерства (далее – ГЧП);

субъектов здравоохранения, реорганизованных в соответствии со статьями 45 и 46 Гражданского кодекса Республики Казахстан;

3) наличии свидетельства об аккредитации в области здравоохранения высшей или первой категорий, за исключением субъектов здравоохранения, участвующих в реализации проекта в рамках ГЧП;

4) непричастности к процедуре банкротства или ликвидации.

Субъекты здравоохранения, находящиеся в ведении местных исполнительных органов областей, городов республиканского значения и столицы вне зависимости от места нахождения производственной базы, подают заявку на территории данных местных исполнительных органов, вне зависимости от места нахождения производственной базы.

Сноска. Глава 1 дополнена пунктом 30-2 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 22.11.2024 № 96 (вводится в действие после дня его первого официального опубликования).

30-3. Фонд в течение пяти рабочих дней со дня подачи субъектом здравоохранения заявки на соответствие рассматривает ее на соответствие требованиям пункта 30-2 настоящих Правил.

Сноска. Глава 1 дополнена пунктом 30-3 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 22.11.2024 № 96 (вводится в действие после дня его первого официального опубликования).

30-4. При несоответствии заявки требованиям пункта 30-2 настоящих Правил субъекту здравоохранения направляется уведомление об отклонении заявки на определение субъекта здравоохранения соответствующим для отбора на заключение долгосрочного договора закупок медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования по форме согласно приложению 17 к настоящим Правилам в срок не позднее одного рабочего дня со дня истечения срока рассмотрения, указанного в пункте 30-3 настоящих Правил.

Сноска. Глава 1 дополнена пунктом 30-4 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 22.11.2024 № 96 (вводится в действие после дня его первого официального опубликования).

30-5. Поставщик, заключивший долгосрочный договор закупок, исключается из базы данных в случаях, определенных пунктом 17 настоящих Правил.

Сноска. Глава 1 дополнена пунктом 30-5 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 22.11.2024 № 96 (вводится в действие после дня его первого официального опубликования).

Приложение 1
к правилам ведения учета
субъектов здравоохранения,
оказывающих медицинскую
помощь в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования
Форма

Заявка на включение (актуализацию) в базу (базы) данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования № _____

1. В _____

_____ (наименование филиала некоммерческого акционерного общества "Фонд социального медицинского страхования")

от _____ (наименование субъекта здравоохранения)

_____ (БИН* субъекта здравоохранения (ИИН** для физического лица))

_____ (форма собственности субъекта здравоохранения)

_____ (наименование области, города республиканского значения или столицы)

_____ (юридический адрес субъекта здравоохранения)

_____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя субъекта здравоохранения)

_____ (контактные телефоны, электронный адрес субъекта здравоохранения)

2. Субъект здравоохранения претендует на оказание медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования в качестве (указать нужное): поставщика по следующему (следующим) виду (видам), следующей (следующим) форме (формам) медицинской помощи, условию (условиям) ее оказания:

№	Вид, форма медицинской помощи или условия ее оказания	Подвид вида, формы медицинской помощи или условия ее оказания
1	2	3
1		

соисполнителя по следующему (следующим) виду (видам), следующей (следующим) форме (формам) медицинской помощи, условию (условиям) ее оказания:

№	Вид, форма медицинской помощи или условия ее оказания	Подвид вида, формы медицинской помощи или условия ее оказания
1	2	3
1		

3. Указанные медицинские услуги подлежат оказанию населению на следующей (следующих) производственной (производственных) базе (базах):

№	Наименование области, города республиканского значения или столицы	Адрес производственной базы	Широта	Долгота	КАТО*** производственной базы
1	2	3	4	5	6
1					

4. Настоящей заявкой субъект здравоохранения подтверждает отсутствие нарушений норм, предъявляемых приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-186/2020 "Об утверждении правил ведения учета субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21619) к субъектам здравоохранения для включения или актуализацию базы данных, и достоверность представленных сведений.

5. К настоящей заявке прилагаются следующие документы (указать только прилагаемые документы):

1) __ листов;

2) ...;

Примечание:

* бизнес-идентификационный номер;

** индивидуальный идентификационный номер;

*** классификатор административно-территориальных объектов.

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя субъекта

здравоохранения или уполномоченного им лица, подпись)

Дата заполнения _____

Приложение 2
к правилам ведения учета
субъектов здравоохранения,
оказывающих медицинскую
помощь в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования
Форма

Согласие о внесении данных и их актуализации в информационной системе "Система управления ресурсами", информационной системе "Система управления медицинской техникой" (все субъекты здравоохранения), в портале "Регистр прикрепленного населения" (субъекты здравоохранения, претендующие на оказание первичной медико-санитарной помощи) № _____

1. _____
(наименование субъекта здравоохранения)

(БИН* субъекта здравоохранения (ИИН** для физического лица))

(форма собственности субъекта здравоохранения)

(наименование области, города республиканского значения или столицы)

(юридический адрес субъекта здравоохранения)

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя субъекта здравоохранения)

(контактные телефоны, электронный адрес субъекта здравоохранения)

2. Вносить данные в информационные системы здравоохранения в течение десяти рабочих дней после дня получения доступа к ним, а также на постоянной основе поддерживать данные в актуальном состоянии:

1) Информационная система "Система управления ресурсами":

сведения об организации здравоохранения;

сведения по коечному фонду в разрезе профилей коек в стационарных условиях

и сведения по койко-местам в стационарозамещающих условиях в рамках

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе

обязательного социального медицинского страхования;

сведения по зданиям объектов здравоохранения по адресам производственных баз
приложению (-ям) к лицензии на медицинскую деятельность, выданной
в соответствии с Законом;

сведения о функциональной структуре организации здравоохранения;

сведения об утвержденном штатном расписании;

сведения о кадровом составе;

сведения по повышению квалификации медицинских работников;

2) Информационная система "Система управления медицинской техникой":

сведения по медицинским изделиям;

3) Информационная система "Регистр прикрепленного населения":

сведения по участкам прикрепления населения.

Примечание:

* бизнес-идентификационный номер;

** индивидуальный идентификационный номер.

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)

руководителя субъекта здравоохранения или уполномоченного им лица, подпись)

Дата заполнения _____

Приложение 3
к правилам ведения учета
субъектов здравоохранения,
оказывающих медицинскую
помощь в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования
Форма

**Уведомление о включении (об актуализации) в базу (базы) данных субъектов
здравоохранения, претендующих на оказание медицинской помощи в рамках
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или)
в системе обязательного социального медицинского страхования № _____**

(указать наименование филиала некоммерческого акционерного общества
"Фонд социального медицинского страхования")
уведомляет

(указать наименование субъекта здравоохранения)
о включении (об актуализации) в базу (базы) данных субъектов здравоохранения,
оказывающих медицинскую помощь в рамках гарантированного объема бесплатной

медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования на основании соответствия приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-186/2020 "Об утверждении правил ведения учета субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21619).
Руководитель (уполномоченное им лицо) филиала

(наименование филиала некоммерческого акционерного общества
"Фонд социального медицинского страхования")

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

Место печати (при наличии)

Дата заполнения

Приложение 4
к правилам ведения учета
субъектов здравоохранения,
оказывающих медицинскую
помощь в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования
Форма

Уведомление об отклонении заявки на включение (актуализацию) в базу (базы) данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования № _____

(указать наименование филиала некоммерческого акционерного общества
"Фонд социального медицинского страхования")
уведомляет

(указать наименование субъекта здравоохранения)
об отклонении заявки на включение (актуализацию) в базу (базы) данных субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования в связи с

на основании пункта

приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-186/2020 "Об утверждении правил ведения учета субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21619).

(наименование филиала некоммерческого акционерного общества
"Фонд социального медицинского страхования")

Место печати (при наличии)

Приложение 5
к правилам ведения учета
субъектов здравоохранения,
оказывающих медицинскую
помощь в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования
Форма

База данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования

№	БИН* (ИИН**)	Наименование субъекта здравоохранения	Юридический адрес	Адрес местонахождения производственной базы***	Форма собственности субъекта здравоохранения	Регион, населению которого будут оказываться услуги	Дата включения в базу данных	Дата исключения из базы данных	Дата прекращения срока исключения из базы данных
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Причина исключения	Дата последне г о измени я	Вид/ Форма медицинс к о й помощи (Поставщ ик)	Подвида вида/ формы медицинс к о й помощи (Поставщ ик)	Вид/ Форма медицинс к о й помощи (Соиспол нитель)	Подвида вида/ формы медицинс к о й помощи (Соиспол нитель)	Контактн ы е данные (номер телефона, электрон н ы й адрес)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководи теля	Статус субъекта здравоохранения	
								Поставщ ик	Соиспол нитель
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Примечание:

* бизнес-идентификационный номер;

** индивидуальный идентификационный номер;

*** указывается (указываются) адрес (адреса) производственной (производственных) баз (базы) согласно приложению к лицензии на медицинскую деятельность.

Приложение 6
к Правилам ведения учета
субъектов здравоохранения,
оказывающих медицинскую помощь
в рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования
Форма

Приказ об определении коечного фонда субъектов здравоохранения,
включая коечный фонд в разрезе профилей коек в стационарных и (или)
стационарозамещающих условиях в рамках гарантированного объема бесплатной
медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского
страхования
по _____
(наименование региона) на _____ год

Сноска. Приложение 6 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 22.11.2024 № 96 (вводится в действие после дня его первого официального опубликования).

№ _____ от " ____ " _____
_____ 20 ____ г. _____
(местонахождение)

Таблица 1. – Коечный фонд по профилям для оказания стационарной медицинской помощи

№	БИН* (ИИН**)	Профиль коек** *	Количество коек круглосуточного стационара, предусмотренно е
---	--------------	---------------------	--

		Наименование субъекта здравоохранения		санитарно-эпиде миологическим заключением	Количество коек , свернутых на ремонт
1	2	3	4	5	6
1.	Итого по региону:		X		
1.1.	X	X			
1.2.	X	X			
2.	Итого:		X		
2.1.					
2.2.					

Таблица 2. – Койко-место дневного пребывания для оказания стационарозамещающей медицинской помощи

№	БИН* (ИИН**)	Наименование субъекта здравоохранения	Койко-место дневного стационара, предусмотренное санитарно-эпидемиологическим заключением		Количество коек , свернутых на ремонт
			Дневной стационар при стационаре	Дневной стационар при поликлинике	
1	2	3	4	5	6
1	Итого по региону:				
1.1.	X	X			
1.2.	X	X			
2.	Итого:				
2.1.					
2.2.					

Примечание:

* бизнес-идентификационный номер;

** индивидуальный идентификационный номер;

*** профили коек:

№	Наименование профиля коек
1	Терапевтические
2	Хирургические
3	Педиатрические
4	Акушерско-гинекологические
5	Специализированные
6	Общие
7	Терапевтические
8	Кардиологические для взрослых
9	Кардиологический для детей
10	Гастроэнтерологические для взрослых
11	Гастроэнтерологические для детей

12	Аллергологические для взрослых
13	Аллергологические для детей
14	Эндокринологические для взрослых
15	Эндокринологические для детей
16	Инфекционные для взрослых
17	Инфекционные для детей
18	Гематологические для взрослых
19	Гематологические для детей
20	Нефрологические для взрослых
21	Нефрологические для детей
22	Хирургические для взрослых
23	Хирургические для детей
24	Нейрохирургические для взрослых
25	Нейрохирургические для детей
26	Торакальной хирургии для взрослых
27	Торакальной хирургии для детей
28	Травматологические для взрослых
29	Травматологические для детей
30	Ортопедические для взрослых
31	Ортопедические для детей
32	Урологические для взрослых
33	Урологические для детей
34	Онкологические для взрослых
35	Онкологические для детей
36	Для беременных и рожениц (кроме патологии беременности)
37	Патологии беременности
38	Гинекологические для взрослых, включая для производства абортов
39	Туберкулезные для взрослых
40	Туберкулезные для взрослых больных с внелегочным, включая костно-суставным туберкулезом
41	Туберкулезные для детей
42	Туберкулезные для больных детей с внелегочным, включая костно-суставным, туберкулезом
43	Неврологические для взрослых
44	Неврологические для детей
45	Психиатрические (психоневрологические) для взрослых
46	Психиатрические (психоневрологические) для детей
47	Наркологические для взрослых
48	Офтальмологические для взрослых

49	Офтальмологические для детей
50	Отоларингологические для взрослых
51	Отоларингологические для детей
52	Дерматовенерологические для взрослых
53	Дерматовенерологические для детей
54	Радиологические
55	Педиатрические
56	Проктологические
57	Ревматологические для взрослых
58	Ревматологические для детей
59	Гнойные хирургические для взрослых
60	Гнойные хирургические для детей
61	Пульмонологические для взрослых
62	Пульмонологические для детей
63	Кардиохирургические для взрослых
64	Сосудистой хирургии
65	Ожоговые (камбустиологические) для взрослых
66	Токсикологические для взрослых
67	Челюстно-лицевой хирургии для взрослых
68	Для восстановительного лечения и медицинской реабилитации: общие для взрослых
69	Для восстановительного лечения и медицинской реабилитации: общие для детей
70	Нейрососудистые
71	Маммологические
72	Ожоговые (камбустиологические) для детей
73	Восстановительного лечения и медицинской реабилитации для взрослых
74	Восстановительного лечения и медицинской реабилитации для детей
75	Для восстановительного лечения и медицинской реабилитации: кардиологические для взрослых
76	Для восстановительного лечения и медицинской реабилитации: кардиологические для детей
77	Для восстановительного лечения и медицинской реабилитации: кардиохирургические для взрослых
78	Для восстановительного лечения и медицинской реабилитации: кардиохирургические для детей
79	Для восстановительного лечения и медицинской реабилитации: неврологические для взрослых
80	Для восстановительного лечения и медицинской реабилитации: неврологические для детей
81	Для восстановительного лечения и медицинской реабилитации: нейрохирургические для взрослых

82	Для восстановительного лечения и медицинской реабилитации: нейрохирургические для детей
83	Для восстановительного лечения и медицинской реабилитации: травматологические для взрослых
84	Для восстановительного лечения и медицинской реабилитации: травматологические для детей
85	Для восстановительного лечения и медицинской реабилитации: ортопедические для взрослых
86	Для восстановительного лечения и медицинской реабилитации: ортопедические для детей
87	Кардиохирургические для детей
88	Гинекологические для детей, включая для производства абортов
89	Туберкулезные для взрослых: для принудительного лечения больных туберкулезом
90	Туберкулезные для взрослых: для больных с лекарственной устойчивой формой туберкулеза
91	Психотерапевтические для детей
92	Наркологические для детей
93	Токсикологические для детей
94	Челюстно-лицевой хирургии (стоматологические) для детей
95	Трансплантологии для взрослых
96	Трансплантологии для детей
97	Лепрологические
98	Реанимационные для взрослых
99	Реанимационные для детей
100	Сестринского ухода
101	Паллиативной помощи
102	Хирургические для новорожденных
103	Челюстно-лицевой хирургии (стоматологические) для взрослых
104	Для ухаживания с питанием
105	Для ухаживания без питания
106	Туберкулезные хирургические
107	Психотерапевтические для взрослых
108	Наркологические для принудительного лечения
109	Патология новорожденных и выхаживания недоношенных
110	Инсультные
111	КВИ Инфекционные
112	Паллиативной помощи
113	Для восстановительного лечения и медицинской реабилитации: пульмонологические для взрослых

_____,
(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)
руководителя управления здравоохранения или уполномоченного им лица, подпись)
Место печати (при наличии)
Дата заполнения _____
СОГЛАСОВАНО:

_____,
(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя структурного
подразделения уполномоченного органа в области здравоохранения
или уполномоченного им лица, подпись)*
Место печати (при наличии)
Дата заполнения _____
СОГЛАСОВАНО:

_____,
(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя
территориального филиала некоммерческого акционерного общества
"Фонд социального медицинского страхования" или уполномоченного им лица,
подпись)
Место печати (при наличии)
Дата заполнения _____
Примечание:

* по перечню организаций, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Республики Казахстан согласно Положению о Министерстве здравоохранения Республики Казахстан, утвержденному постановлением Правительства Республики Казахстан от 17 февраля 2017 года № 71 "О некоторых вопросах министерств здравоохранения и национальной экономики Республики Казахстан".

Приложение 6-1
к Правилам ведения учета
субъектов здравоохранения,
оказывающих медицинскую помощь
в рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования
Форма

**Заключение по результатам посещения субъекта здравоохранения,
претендующего на оказание медицинской помощи в рамках гарантированного объема**

бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального
медицинского страхования

Сноска. Правила дополнены приложением 6-1 в соответствии с приказом Министра
здравоохранения РК от 22.11.2024 № 96 (вводится в действие после дня его первого
официального опубликования); в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК
от 26.09.2025 № 99 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после
дня его первого официального опубликования).

_____ " ____ " _____ года (местонахождение)
1. НАО "Фонд социального медицинского страхования" (далее – Фонд) в составе:

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность работников Фонда,
посетивших субъект здравоохранения)
в рамках рассмотрения заявки на актуализацию сведений или на включение в базу
данных по видам или условиям оказания медицинской помощи, на которые подана
заявка субъектом здравоохранения (далее – заявка на актуализацию)

(указываются виды/формы или условия оказания услуг (лот)
согласно заявке на актуализацию)
посетили производственную (-ые) базу(-ы)

(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу: _____
(указывается адрес производственной (-ых) баз(-ы))

Фонд по результатам посещения РЕШИЛ:

№ п/п	БИН/ИИН	Наименование субъекта здравоохранения	За данное решение проголосовали		Решение
			За, голосов	Против, голосов	
					Подтверждает (не подтверждает) наличие производственн ых баз, медицинских работников и медицинской техники в соответствии с данными, указанными в

					заявке на актуализацию, соответствие Стандарту (-ам) в области здравоохранения
1	2	3	4	5	6

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5

Приложение 7
к правилам ведения учета
субъектов здравоохранения,
оказывающих медицинскую
помощь в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования
Форма

Уведомление об исключении субъекта здравоохранения из базы данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования или вида (видов), формы (форм) медицинской помощи, условия (условий) ее оказания по которым субъект здравоохранения включен в базу данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования № _____

(указать наименование филиала некоммерческого акционерного общества "Фонд социального медицинского страхования")
уведомляет

(указать наименование субъекта здравоохранения)
об исключении из базы данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского

страхования (указать нужное):

1) в качестве поставщика и соисполнителя по всем видам, формам медицинской помощи или условиям ее оказания в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования, по которым субъект здравоохранения включен в базу данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования

в связи с _____
на основании пункта (указать причину исключения)

_____ (указать номер пункта)

приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-186/2020 "Об утверждении правил ведения учета субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21619);

2) в качестве поставщика в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования по следующему (следующим) виду (видам), следующей (следующим) форме (формам) медицинской помощи, условию (условиям) ее оказания:

№	Вид, форма медицинской помощи или условия ее оказания	Подвид вида, формы медицинской помощи или условия ее оказания
1	2	3
1		

в качестве соисполнителя в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования по следующему (следующим) виду (видам), следующей (следующим) форме (формам) медицинской помощи, условию (условиям) ее оказания:

№	Вид, форма медицинской помощи или условия ее оказания	Подвид вида, формы медицинской помощи или условия ее оказания
1	2	3
1		

в связи с _____
(указать причину исключения)

на основании пункта _____

_____ (указать номер пункта)

приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-186/2020 "Об утверждении правил ведения учета субъектов

здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21619).

Руководитель (уполномоченное им лицо) филиала

(наименование филиала некоммерческого акционерного общества
"Фонд социального медицинского страхования")

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

Место печати (при наличии)

Дата заполнения

Приложение 8
к правилам ведения учета
субъектов здравоохранения,
оказывающих медицинскую
помощь в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования
Форма

Заявка на исключение из базы данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования № ____

1. В

(наименование филиала некоммерческого акционерного общества
"Фонд социального медицинского страхования")

от

(наименование субъекта здравоохранения)

(БИН* субъекта здравоохранения (ИИН** для физического лица))

(форма собственности субъекта здравоохранения)

(наименование области, города республиканского значения или столицы)

(юридический адрес субъекта здравоохранения)

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя субъекта здравоохранения)

(контактные телефоны, электронный адрес субъекта здравоохранения)

2. Субъект здравоохранения отказывается от оказания медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования.

3. Настоящей заявкой субъект здравоохранения подтверждает отсутствие нарушений

требований, предъявляемых приказом Министра здравоохранения

Республики Казахстан от 6 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-186/2020 "Об утверждении правил ведения учета субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21619) к субъектам здравоохранения для исключения из базы данных, и достоверность представленных сведений.

4. К настоящей заявке прилагаются следующие документы

(указать только прилагаемые документы):

1) __ листов;

2)

Примечание:

* бизнес-идентификационный номер;

** индивидуальный идентификационный номер.

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)

руководителя субъекта здравоохранения или уполномоченного им лица, подпись).

Дата заполнения _____

Приложение 9
к правилам ведения учета
субъектов здравоохранения,
оказывающих медицинскую
помощь в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования
Форма

Уведомление об отклонении заявки на исключение из базы данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинской помощи в рамках

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе
обязательного социального медицинского страхования № _____

(указать наименование филиала некоммерческого акционерного общества
"Фонд социального медицинского страхования")

уведомляет _____

(указать наименование субъекта здравоохранения)

об отклонении заявки на исключение из базы данных субъектов здравоохранения,
претендующих на оказание медицинской помощи в рамках гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального
медицинского страхования в связи с

(указать причину отклонения)

на основании пункта _____

(указать номер пункта)

приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 ноября 2020 года
№ ҚР ДСМ-186/2020 "Об утверждении правил ведения учета субъектов
здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного
социального медицинского страхования" (зарегистрирован в Реестре государственной
регистрации нормативных правовых актов под № 21619).

Руководитель (уполномоченное им лицо) филиала

(наименование филиала некоммерческого акционерного общества
"Фонд социального медицинского страхования")

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

Место печати (при наличии)

Дата заполнения _____

Приложение 10
к правилам ведения учета
субъектов здравоохранения,
оказывающих медицинскую
помощь в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования
Форма

Перечень субъектов здравоохранения, исключенных из базы данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования

№	БИН* (ИИН**)	Наименование субъекта здравоохранения	Юридический адрес	Адрес местонахождения производственной базы***	Форма собственности субъекта здравоохранения	Регион, населению которого будут оказываться услуги	Дата включения в базу данных	Дата исключения из базы данных	Дата прекращения срока исключения из базы данных
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

продолжение таблицы

Причина исключе ния	Дата последне г о измени я	Вид/ Форма медицинс к о й помощи (Поставщ ик)	Подвида вида/ формы медицинс к о й помощи (Соиспол нитель)	Вид/ Форма медицинс к о й помощи (Соиспол нитель)	Подвида вида/ формы медицинс к о й помощи (Соиспол нитель)	Контактн ы е данные (номер телефона, электрон ны й адрес)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководи теля	Статус субъекта здравоохранения	
								Поставщ ик	Соиспол нитель
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Примечание:

* бизнес-идентификационный номер;

**** индивидуальный идентификационный номер;**

*** указывается (указываются) адрес (адреса) производственной (производственных) баз (базы) согласно приложению к лицензии на медицинскую деятельность.

Приложение 11
к правилам ведения учета
субъектов здравоохранения,
оказывающих медицинскую
помощь в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования
Форма

Перечень соисполнителей, претендующих на оказание медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования по договору соисполнения на _____ год

№	БИН* (ИИН**)	Наименование субъекта здравоохранения	Юридический адрес	Адрес местонахождения производственной базы***	Форма собственности субъекта здравоохранения	Регион, населению которого будут оказываться услуги	Дата включения в базу данных	Дата исключения из базы данных	Дата прекращения срока исключения из базы данных
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

продолжение таблицы

Причина исключения	Дата последнего изменения	Вид/Форма медицинской помощи (Поставщик)	Подвида вида/формы медицинской помощи (Поставщик)	Вид/Форма медицинской помощи (Соисполнитель)	Подвида вида/формы медицинской помощи (Соисполнитель)	Контактные данные (номер телефона, электронный адрес)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя	Статус субъекта здравоохранения	
								Поставщик	Соисполнитель
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Примечание:

* бизнес-идентификационный номер;

** индивидуальный идентификационный номер;

*** указывается (указываются) адрес (адреса) производственной (производственных) баз (базы) согласно приложению к лицензии на медицинскую деятельность.

Приложение 12
к правилам ведения учета
субъектов здравоохранения,
оказывающих медицинскую
помощь в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования
Форма

Сведения по оказанию медицинских услуг в рамках специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования

№	БИН* (ИИН* *) поставщика (соисполнителя)	Наименование поставщика (соисполнителя) медицинских услуг	Код услуги	Наименование медицинской услуги	Дата начала оказания медицинской услуги	Дата окончания оказания медицинской услуги

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Примечание:

* бизнес-идентификационный номер;

** индивидуальный идентификационный номер.

Приложение 13
к правилам ведения учета
субъектов здравоохранения,
оказывающих медицинскую
помощь в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования
Форма

Сведения по оказанию медицинских услуг в рамках специализированной медицинской помощи в стационарных и стационарозамещающих условиях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования

№	БИН* (ИИН*) поставщика	Наименовани е поставщика медицинских услуг	Код МКБ-10 (МКБ-9)	Наименовани е медицинской услуги	Дата начала оказания медицинской услуги	Д а т а окончания оказания медицинской услуги
1	2	3	4	5	6	7

Примечание:

* бизнес-идентификационный номер;

** индивидуальный идентификационный номер.

Приложение 14
к правилам ведения учета
субъектов здравоохранения,
оказывающих медицинскую
помощь в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования
Форма

Сведения по оказанию высокотехнологичных медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования

		Наименовани е поставщика		Наименовани е	Дата начала оказания	Д а т а окончания
--	--	-----------------------------	--	------------------	-------------------------	----------------------

№	БИН* (ИИН*) поставщика	медицинских услуг	Код МКБ-9	медицинской услуги	медицинской услуги	оказания медицинской услуги
1	2	3	4	5	6	7

Примечание:

* бизнес-идентификационный номер;

** индивидуальный идентификационный номер.

Приложение 15
к правилам ведения учета
субъектов здравоохранения,
оказывающих медицинскую
помощь в рамках
гарантированного объема
бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования
Форма

Сведения по заключенным договорам соисполнения к договорам закупа медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования

В _____

(наименование филиала некоммерческого акционерного общества
"Фонд социального медицинского страхования")

от _____,

(наименование субъекта здравоохранения)

(БИН* субъекта здравоохранения (ИИН** для физического лица))

№	БИН* (ИИН**) поставщика	Наименование поставщика медицинских услуг	БИН* (ИИН**) соисполнителя	Наименование соисполнителя	Номер договора соисполнения	Дата заключения договора соисполнения	Период действия договора	Подвид медицинской помощи	Количество услуг	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

_____,
(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)

руководителя субъекта здравоохранения или уполномоченного им лица, подпись).

Дата заполнения _____

Примечание:

* бизнес-идентификационный номер;

** индивидуальный идентификационный номер.

к Правилам ведения учета
субъектов здравоохранения,
оказывающих медицинскую помощь
в рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования
Форма

**Заявка на определение субъекта здравоохранения соответствующим для отбора
на заключение долгосрочного договора закупа медицинских услуг в рамках
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или)
в системе обязательного социального медицинского страхования**

**Сноска. Правила дополнены приложением 16 в соответствии с приказом Министра
здравоохранения РК от 22.11.2024 № 96 (вводится в действие после дня его первого
официального опубликования).**

В _____
(наименование фонда/филиала фонда)

(наименование субъекта здравоохранения)
представляет заявку на определение соответствующим для отбора на заключение
долгосрочного договора закупа медицинских услуг в рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного
социального медицинского страхования по следующим видам/условиям оказания
медицинской помощи:

(указываются вид(-ы) медицинской помощи/ условия оказания медицинской
помощи/услуги, на оказание которой (-ых) претендует субъект здравоохранения)
Настоящей заявкой субъект здравоохранения выражает согласие на получение
сведений о нем, подтверждающих соответствие нормам и требованиям,
установленным нормативными правовыми актами в области здравоохранения.

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя субъект
здравоохранения или уполномоченного им лица, подпись)
Место печати (при наличии)
Дата заполнения _____

Приложение 17
к Правилам ведения учета
субъектов здравоохранения,
оказывающих медицинскую помощь
в рамках гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи

и (или) в системе обязательного
социального медицинского
страхования
Форма

**Уведомление об отклонении заявки на определение субъекта здравоохранения
соответствующим для отбора на заключение долгосрочного договора закупа
медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской
помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования № _____**

**Сноска. Правила дополнены приложением 17 в соответствии с приказом Министра
здравоохранения РК от 22.11.2024 № 96 (вводится в действие после дня его первого
официального опубликования).**

(указывается наименование фонда/филиала фонда)

уведомляет _____

(указывается наименование субъекта здравоохранения)

об отклонении заявки на определение субъекта здравоохранения соответствующим
для отбора на заключение долгосрочного договора закупа медицинских услуг
в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или)
в системе обязательного социального медицинского страхования в связи

(указывается причина отклонения)

на основании пункта _____

(указывается номер пункта)

Правил ведения учета субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую
помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или)
в системе обязательного социального медицинского страхования, утвержденных
приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 ноября 2020 года
№ ҚР ДСМ-186/2020 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации
нормативных правовых актов под № 21619).

Руководитель (уполномоченное им лицо) филиала

(наименование филиала некоммерческого акционерного общества
"Фонд социального медицинского страхования")

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

Место печати (при наличии)

Дата заполнения _____

