

О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан "Об утверждении правил оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования" от 20 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-291/2020 и "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" от 24 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-321/2020

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 июня 2023 года № 118. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 27 июня 2023 года № 32914

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:

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) 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";

3) на выплату доплат водителям станций скорой медицинской помощи за особые условия труда в размере 200 % от базового должностного оклада.

Местные органы государственного управления здравоохранения областей, городов республиканского значения и столицы ежемесячно до 20 числа следующим за отчетным периодом предоставляет отчет в фонд по выплатам доплат водителям станций скорой медицинской помощи за особые условия труда в размере 200 % от базового должностного оклада согласно приложению 86.";

пункт 47 изложить в следующей редакции:

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

- 1) оказание услуг АПП прикрепленному населению;
- 2) оказание неотложной медицинской помощи прикрепленному населению для обслуживания 4 категории срочности вызовов;
- 3) обеспечение специализированными лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина;
- 4) разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности;
- 5) проведение скрининговых исследований для дополнительных целевых групп лиц, из числа сельского населения в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-174/2020 "Об утверждении целевых групп лиц, подлежащих скрининговым исследованиям, а также правил, объема и периодичности проведения данных исследований" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21572) (далее – приказ № ҚР ДСМ-174/2020) 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) (далее – приказ № ҚР ДСМ-37);
- 6) на выплату доплат водителям отделений скорой медицинской помощи (мобильных бригад) при организациях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, за особые условия труда в размере 200 % от базового должностного оклада.

Местные органы государственного управления здравоохранения областей, городов республиканского значения и столицы ежемесячно до 20 числа следующим за отчетным периодом предоставляет отчет в фонд по выплатам доплат водителям отделений скорой медицинской помощи (мобильных бригад) при организациях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, за особые условия труда в размере 200 % от базового должностного оклада согласно приложению 86.";

пункт 83 исключить;

приложения 1-1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 11, 16, 17 к указанным Правилам изложить в новой редакции согласно приложениям 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 к настоящему приказу; дополнить приложением 86 согласно приложению 11.

2. Внести в приказ 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) следующее изменение:

преамбулу приказа изложить в следующей редакции:

"В соответствии с подпунктом 99) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" **ПРИКАЗЫВАЮ:**";

Единый классификатор дефектов, утвержденный приложением 1 Правилам, изложить в новой редакции согласно приложению 12 к настоящему приказу.

3. 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.

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

5. Настоящий приказ вводится в действие со дня его первого официального опубликования.

*Министр здравоохранения
Республики Казахстан*

А. Гиният

Приложение 1-1
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 июня 2023 года № 118
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	
4.	Доплата водителям станций скорой медицинской помощи за особые условия труда в размере 200 % от базового должностного оклада	
	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.

Реестр по применению тромболитических препаратов больным при оказании скорой медицинской помощи период:

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

№	И И Н пациента	Наименов ание диагноза	Расход на тромболитические препараты					
			Форма выпуска	Доза 1 единицы, мг	Стоимость 1 единицы , тенге	Назначенн ая доза, в мг	Количеств о препарата	Предъявле но к оплате, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Всего применено тромболит ических препарато в, 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

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

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

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

_____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

_____ / _____

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

(для документа на бумажном носителе)

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

Дата " ____ " _____ 20__ года

**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

Реестр по доплате водителям станций скорой медицинской помощи за особые условия труда в размере 200% от базового должностного оклада

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

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			
4.	Доплата водителям станций скорой медицинской помощи за особые условия труда в размере 200 % от базового должностного оклада			
	ИТОГО			

Таблица № 2. Сумма иных выплат/вычетов

--	--	--	--	--

№ п/п	В и д ы 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

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

(наименование поставщика)

№ п п	Наименование услуги	Источники дохода, тыс. тенге		
		Всего	за счет бюджетных средств	за счет внебюджетных средств
1	2	3	4	5
1	Доход за отчетный период, всего			
	в том числе:			
1.1	Оказание скорой медицинской помощи 1-3 категории срочности вызовов			
1.2	Проведение тромболитической терапии			
1.3	Доплата за работу в противоэпидемических мероприятиях в рамках борьбы с коронавирусной инфекцией COVID-19 и риск ее заражения			
1.4	Доплата водителям станций скорой медицинской помощи за особые условия труда в размере 200 % от базового должностного оклада			

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)

Дата " " 20 года

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

[illegible]

	кассовых за прошлый год, тыс. тенге	X	X	X	X	X	X	X			
0Б	Остаток средств на расчетном счете							X		X	
0В	Поступление средств, всего:		X					X		X	
	в том числе:	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1.	Оказание скорой медицинской помощи и всего:		X					X		X	
1.1.	Скорой медицинской помощи		X					X		X	
1.2.	Проведение тромболитической терапии		X					X		X	
1.3	Доплата за работу в противозидемических мероприятиях в рамках борьбы с корона		X							X	

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

а)	в том числе на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения										
6.3.	Прочие текущие затраты										
7.	Лизинговые платежи										
II	ПРИБОРИ И ОСНОВНЫЕ СРЕДСТВА										

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

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		
4.	Доплата водителям станций скорой медицинской помощи за особые условия труда в размере 200% от базового должностного оклада		
	ИТОГО		

Таблица № 2. Сумма иных выплат/вычетов

		Назначение (причины выбранные из справочника)	Выплаты		Вычеты	

№ п/п	В и д ы медицинской помощи	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;

Заказчик : _____

(наименование заказчика)

Адрес: _____

БИН: _____

ИИК: _____

БИК: _____

(наименование бенефициара)

КБЕ: _____

Руководитель: _____

(Фамилия, имя, отчество (при его
наличии)

/подпись) (для акта на бумажном
носителе)

Место печати (при наличии)

(для акта на бумажном носителе)

Поставщик: _____

(наименование поставщика)

Адрес: _____

БИН: _____

ИИК: _____

БИК: _____

Наименование банка: _____

КБЕ: _____

Руководитель: _____

(Фамилия, имя, отчество (при его
наличии)

/подпись) (для акта на бумажном
носителе)

Место печати (при его наличии)

(для акта на бумажном носителе)

Приложение 6 к приказу

Приложение 9

к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
в рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской

**Счет-реестр за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи
и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях**

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

Источник финансирования: _____

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Количество прикрепленного населения _____ человек

в том числе сельское население _____ человек*

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

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

Поправочные коэффициенты при оплате по КПН**:

Половозрастной поправочный коэффициент _____;

Коэффициент плотности населения _____;

Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности;

Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона _____;

Коэффициент за работу в зонах экологического бедствия _____;

Поправочные коэффициенты при оплате по КДУ вне КПН**:

Коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности;

Коэффициент учета продолжительности отопительного сезона _____;

Коэффициент за работу в зонах экологического бедствия _____;

Тариф для медицинских организаций, имеющих свидетельство о прохождении
аккредитации по стандартам Международной объединенной комиссии
(JCI, США): _____;

Поправочный коэффициент для медицинских организаций, оказывающих
медицинские услуги гражданам Республики Казахстан, проживающим в городе
Байконур, 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:	
	на стимулирование работников организации, оказывающей	

1.2.	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	
1.13	доплата водителям отделений скорой медицинской помощи (мобильных бригад) при организациях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, за особые условия труда в размере 200% от базового должностного оклада	

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 у выбору	Итого	в т.ч. по причинам			
					отказ по свободному у выбору	смерть	выезд	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								

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

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

Подтверждаем, что

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

2) количеству открепленного населения соответствует: по смерти: количеству справок о смерти или перинатальной смерти; по выезду за пределы страны: количеству заявлений граждан и копии документов, удостоверяющих их личность.

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(для документа на бумажном носителе)

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

Дата " ____ " _____ 20__ года

Приложение 2
к счету-реестру за оказание
комплекса услуг первичной
медико-санитарной помощи
и специализированной
медицинской помощи
в амбулаторных условиях
Форма

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

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

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

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

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

№ п п	Индикаторы оценки деятельности	Плановый показатель**			Предъявлено к оплате***			
		Целевой показатель	Количество баллов	Сумма, тенге	Фактический показатель	Количество баллов	% достижения целевого показателя	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Итого		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 и острыми респираторными инфекциями							
	Охват патронажными посещениями							

4.	м и новорожде нных в первые 3 суток после выписки и 3 роддома							
5.	Своевреме н н о диагности рованный туберкулез легких							
6.	Впервые выявленн ые случаи злокачеств енного новообраз ования визуально й локализац ий 0-1 стадии, за исключен и е м злокачеств енных новообраз ований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленн ые случаи: рака молочной железы 0- 2 а (T0- T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1- T2N0M0)							
	Уровень госпитали зации							

7.	больных с осложнени я м и заболеван и й сердечно-с осудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)							
8.	Обоснован н ы е 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.

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				
15	Доплата водителям отделений скорой медицинской помощи (мобильных бригад) при организациях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, за особые условия труда в размере 200 % от базового должностного оклада				
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

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

(Наименование поставщика)

№ п п	Наименование услуги	Источники дохода, тыс. тенге		
		всего	за счет бюджетных средств (ГОБМП, активы ОСМС)	за счет внебюджетных средств
1	2	3	4	5
1.	Доход за отчетный период, всего			
	в том числе:			
1.1.	Оказание амбулаторно-поликлинической помощи:			
1.2.	на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки			
1.3.	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина			
1.4.	сумма на оказание неотложной медицинской помощи			
	за проведение скрининговых осмотров на раннее			

1.5.	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			
1.14	Доплата водителям отделений скорой медицинской помощи (мобильных бригад) при организациях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, за особые условия труда в размере 200% от базового должностного оклада			

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)

[illegible]

	в том числе:	X		X	X	X	X	X	X	X
1.	Оказание амбулаторно-поликлинической помощи всего:	X		X	X	X	X	X	X	X
2.	на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки	X		X	X	X	X	X	X	X
3.	обеспечение лечебными и низкобелковыми и продуктами и продуктами с низким содержанием	X		X	X	X	X	X		X

	нием фенилал анина								X	
4.	сумма на оказание неотлож ной медицин ской помощи	X		X	X	X	X	X	X	X
5.	за проведе ние скринин говых осмотро в на раннее выявлен ие злокачес твенных заболева ний	X		X	X	X	X	X	X	X
6.	за расходы на разукру пление субъект ов ПМСП для обеспеч ения доступн ости									
7.	за оказание консуль тативно- диагнос тически х услуг, не включен ных в комплекс ный подушев ой нормати	X		X	X	X	X	X		X

	в на оказание амбулат орно-по ликлини ческой помощи								X	
8	з а проведе ние медицин ской реабилитации третьего этапа на амбулат орном уровне	X		X	X	X	X	X	X	X
9.	оказание услуг по предотв ращени ю распрос транени я коронав ирусной инфекци и COVID- 19 и (или) лечению больных с коронав ирусом COVID- 19 : диагнос тически е исследо вания на выявлен ие РНК вируса COVID- 19 из биологи ческого материа	X		X	X	X	X	X		X

	о населен ия									
15.	Доплата водител я м отделен и й скорой медицин ской помощи (мобильн ы х бригад) п р и организа циях здравоо хранени я , оказыва ющих первичн ую медико– санитар ную помощь, з а особые условия труда в размере 200% от базового должностного оклада									
0Г	Всего расходо в									
	в том числе:	X	X	X	X	X	X	X	X	X
I.	ТЕКУЩ И Е РАСХО ДЫ:		X							
1.	Заработ ная плата всего:		X							

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

7.2.	Командировки и служебные разъезды за пределы страны		X							
а)	в том числе на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения		X							
7.3.	Прочие текущие затраты		X							
8.	Лизинговые платежи		X							
II	ПРИБЫЛИ И 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

Приложение 9 к приказу

Приложение 16

к Правилам оплаты услуг

субъектов здравоохранения
в рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи и(или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования
Форма

**Протокол исполнения договора закупа услуг по оказанию комплекса услуг
первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи
в амбулаторных условиях № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года
период: с " ____ " _____ 20 ____ года по " ____ " _____ 20 ____ года
по Договору № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года**

Источник финансирования: _____

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

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

№ п п	Наименован ие	Предъявлено к оплате		Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично		Принято к оплате	
		численность населения, человек	сумма, тенге	количество случаев	сумма, тенге	численность населения, человек	сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	ВСЕГО за оказание амбулаторн о-поликлин ической помощи прикреплен н о м у населению						
	в том числе:						
1.1.	за оказание амбулаторн о-поликлин ической помощи:						
	н а стимулиров						

1.2.	а н и е работников организаци и , оказывающ е й первичную медико-сан итарную помощь, за достигнуты е конечные результаты и х деятельност и на основе индикаторо в оценки						
1.3.	обеспечение лечебными низкобелко в ы м и продуктами и продуктами с низким содержание м фенилалани на						
1.4.	сумма на оказание неотложной медицинско й помощи						
1.5.	з а проведение скринингов ы х осмотров на раннее выявление злокачестве н н ы х заболеваний						
1.6.	За расходы н а разукрупне н и е субъектов ПМСП для						

	обеспечения доступност и						
1.7.	за оказание консультати вно-диагнос тических услуг, не включенны х в комплексны й подушевой норматив на оказание амбулаторн о-поликлин ической помощи, в том числе:						
1.7.1.	за оказание консультати вно-диагнос тических услуг ((комплекс КДУ на 1 жителя)						
1.7.2.	услуги пенсионера м и членам семьи военнослуж ащих, правоохран ительных и специализи рованных государстве нных органов						
1.7.3.	медицинско е обслуживан и е школьников в организация х образования						
	услуги передвижны х						

1.7.4.	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)						
	услуги в республиканских						

1.7.9	организация х здравоохран ения						
1.7.10	услуги молодежны х центров здоровья						
1.8.	з а проведение медицинско й реабилитац ии третьего этапа на амбулаторн ом уровне						
1.9.	оказание услуг по предотвращ ению распростран ения коронавиру сной инфекции COVID-19 и (или) лечению больных с коронавиру сом COVID- 19 : диагностиче ские исследован ия на выявление РНК вируса COVID-19 и з биологичес кого материала методом полимеразн ой 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						
1.13	Доплата водителям отделений скорой медицинской помощи (мобильных бригад) при организациях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, за особые условия труда в размере 200 % от базового должностного оклада						

Таблица № 2. Расчет суммы к оплате с учетом мониторинга качества и объема по оказанию комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях

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

Примечание:

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

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

№ п п	Индикаторы конечного результата	Предъявлено к оплате					Принято к оплате
		Целевой показатель	Фактически 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 и острыми респираторными инфекциями						
4.	Охват патронажными и посещениями и новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома						
5.	Своевременное диагностированный туберкулез легких						
	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования и визуальной локализации 0-1 стадии						

6.	, за исключение м злокачестве н н ы х новообразов а н и й молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (Т0- Т2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (Т1 - Т2N0M0)						
7.	Уровень госпитализа ц и и больных с осложнения м и заболеваний сердечно-со судистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)						
8.	Обоснованн ые жалобы						

Таблица № 4. Расчет суммы, принимаемой к оплате за оказание оказанных услуг патологоанатомической диагностики.

№ п п	Наименован ие 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 патологоана томической диагностик						

	и, 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	В и д ы медицинской помощи	Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов и выплат)	Выплаты		Вычеты	
			количество	сумма	количество	сумма
1	2	3	4	5	6	7
1.						
2.						
	Итого					

Всего предъявлено к оплате _____тенге;

Всего принято к оплате _____тенге

Руководитель заказчика (уполномоченное должностное лицо):

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

(для протокола на бумажном носителе)

Должностные лица заказчика:

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

(для протокола на бумажном носителе)

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

(для протокола на бумажном носителе)

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

(для протокола на бумажном носителе)

Ознакомлен (уполномоченное должностное лицо поставщика):

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

(для документа на бумажном носителе)

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

Дата " ____ " _____ 20 ____ года

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

**Акт оказанных услуг комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи
и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года**

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

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

Источник финансирования: _____

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Общая сумма Договора: _____ тенге

Общая сумма выплаченного аванса: _____ тенге

Общая сумма выплаченного аванса в декабре: _____ тенге

Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): _____ тенге

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): _____ тенге

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

№ п п	Наименование	Предъявлено к оплате		Принято к оплате	
		численность населения или кол-во услуг	сумма, тенге	численность населения или кол-во услуг	сумма, тенге
1	2	3	4	5	6
	ВСЕГО за оказание амбулаторно-по				

1.	ликлинической помощи прикрепленному населению				
	в том числе:				
1.1.	за оказание амбулаторно-по ликлинической помощи:				
1.2.	на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитар ную 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 злокачественны х заболеваний				
1.6.	За расходы на разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности				
	за оказание консультативно-				

1.7.	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				
	дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с				

1.7.6.	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 п р и 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 н а амбулаторном уровне				
1.9.	оказание услуг п о предотвращению распространения коронавирусной инфекции COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19; диагностические исследования на выявление РНК вируса COVID-19 и з биологического материала методом				

	полимеразной цепной реакции				
1.10.	услуги мобильной бригады ПМСП				
1.11.	дорогостоящие в и д ы диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (ПЭТ)				
1.12.	за проведение профилактическ их осмотров для сельского населения				
1.13	Доплата водителям отделений скорой медицинской помощи (мобильных бригад) при организациях здравоохранения , оказывающих первичную медико–санитар ную помощь, за особые условия труда в размере 200 % от базового должностного оклада				

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

№ п п	Индикаторы оценки деятельност и	Предъявлено к оплате					Принято к оплате
		Целевой показатель	Фактически й показатель	Количество баллов	% достижения целевого показателя	Сумма, тенге	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6	7	8

Итого							
1.	Материнская смертность, предотвращенная на уровне ПМСП						
2.	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвращенная на уровне ПМСП						
3.	Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными и острыми респираторными инфекциями						
4.	Охват патронажными и посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома						
5.	Своевременное диагностированный туберкулез легких						
	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования и визуальной						

6.	локализации 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 и больных с осложнениями и заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)						
8.	Обоснованные жалобы						

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

№ п п	Наименование услуг	Предъявлено к оплате		Принято к оплате	
		количество	Сумма, тенге	количество	Сумма, тенге
1	2	3	4	5	6
1.	Итого по оказанию патологоанатомической диагностики, в том числе:				

1.1.	Патологоанатомическое вскрытие				
1.2.	З а б о р биологического материала и его гистологическое, цитологическое и и н ы е исследования				
	Итого к оплате:				

Таблица № 4. Сумма иных выплат и вычетов

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

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

1. удержанная сумма: _____ тенге, из них:

1.1 по результатам мониторинга качества и объема: _____ тенге;

1.2 по услугам вне договора _____ тенге;

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

2.1 выплаты: _____ тенге,

2.2 вычеты: _____ тенге.

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса: _____ тенге;

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

Итого начислено к перечислению: _____ тенге.

Заказчик: _____

(наименование заказчика)

Адрес: _____

БИН: _____

ИИК: _____

БИК: _____

Поставщик: _____

(наименование поставщика)

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)

Наименование банка: _____

КБЕ: _____

Руководитель: _____

(Фамилия, имя, отчество (при его
наличии)
подпись) (для акта на бумажном
носителе)
Место печати (при наличии)
(для акта на бумажном носителе)

Приложение 11
Приложение 86
к Правилам оплаты услуг
субъектов здравоохранения
в рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской
помощи и(или) в системе
обязательного социального
медицинского страхования

**Ежемесячная информация по выплатам доплат водителям станций
скорой медицинской помощи, отделений скорой медицинской помощи
(мобильных бригад) при организациях здравоохранения, оказывающих первичную
медико–санитарную помощь, за особые условия труда в размере 200% от базового
должностного оклада**

Источник финансирования: _____

Наименование поставщика: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

в тыс.тг.

№ п.п	Наименован ие услуг	Сумма выделенная (на текущий год)	Начислено всего за отчетный месяц	Перечислен о	Разница между начисленно й и перечислен ной суммой	Остаток годовой суммы на конец отчетного периода	Основание (платежное поручение)
	п о выплатам доплат водителям станций скорой медицинско й помощи,						

1.	отделений скорой медицинско й помощи (мобильных бригад) при организации х здравоохранения, оказывающих х первичную медико-санитарную помощь, за особые условия труда в размере 200% от базового должностного оклада						
----	---	--	--	--	--	--	--

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 12
 Приложение 1
 к Правилам проведения
 мониторинга исполнения
 условий договора закупок
 медицинских услуг у субъектов
 здравоохранения в рамках
 гарантированного объема
 бесплатной медицинской
 помощи и (или) в системе
 обязательного социального
 медицинского страхования

Единый классификатор дефектов

№ п/п	Код дефекта	Наименование дефекта	Медицинская помощь в амбулаторных условиях		Медицинская помощь в стационарных и стационарозамещающих условиях (от стоимости пролеченного случая)	Скорая медицинская помощь (1-3 категория) (в кратности базового подушевого норматива скорой помощи на 1 человека в месяц
			по базовому комплексному у подушевому нормативу (в кратности базового комплексного подушевого норматива на 1 человека в месяц (БКПН)	затраты по которым не учитываются при оплате по комплексному у подушевому нормативу (от стоимости услуги)		
1	2	3	4	5	6	7
1	1.0.	Необоснованное оказание медицинской помощи	30 КПП	-	100%	-
2	1.1.	Госпитализация пациента при отсутствии медицинских показаний / необоснованное направление на госпитализацию	+	-	+	-
4..	1.2.	Необоснованное оказание консультатив	-	+		-

		н о - диагностичес ких услуг			-	
5.	1.3.	Необоснован о е направление на оказание консультатив но-диагности ческих услуг	+	+	-	-
6.	2.0	Дефекты оформления медицинской документации	0	0	0	0
7.	2.1.	Дефекты оформления и ведения медицинской документации (в том числе отсутствие информирова нного согласия, результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья пациента, объем, характер, условия предоставлен и я медицинской помощи при наличии других подтверждаю щ и х документов)	+	+	+	+
		Некорректное / несвоевремен н о е /				

8.	2.2.	некачественное введение данных в информационные системы здравоохранения	+	+	+	+
9.	2.3.	Несвоевременная регистрация сведений о смерти, позднее 10 дней с момента смерти больного / несвоевременное / необоснованное снятие с учета	+	+	+	+
11.	3.0	Необоснованное завышение объема оказанной медицинской помощи/услуг	-	100%	50%	-
12.	3.1.	Необоснованное увеличение количества проведения лечебных и диагностических услуг	-	+	+	-
13.	3.2.	Удорожание стоимости клиничко - диагностических услуг путем оказания более дорогих услуг при наличии альтернатив	-	+	+	-
14.	3.3.	Завышение уровня весового коэффициента клиничко-затратной группы	-	-	+	-

17.	4.0	Необоснованная повторная госпитализация (30 календарных дней со дня завершения лечения в стационаре), кроме поставщиков, оказывающих услуги паллиативной медицинской помощи	-	-	100%	-
18.	5.0	Неподтвержденный случай оказания медицинской помощи (услуги)	30 КПН	300%	300%	30 ПН
19.	5.1.	Включение в счет-реестр на оплату посещений, койко - дней, неподтвержденных случаев медицинской помощи	-	-	+	+
20.	5.2.	Включение в счет-реестр на оплату неподтвержденных случаев медицинской услуги	-	+	+	+
21.	5.3.	Неподтвержденный случай выдачи ЛС и медицинского изделия, в том числе по АЛО	+	-	+	+
22.	5.4.	Прикрепление к другой организации ПМСП без уведомления и согласия потребителя медицинских услуг	+	-	-	-

23.	5.5.	Необоснованное взятие на учет пациента в регистры И С здравоохранения	+	-	-	-
24.	6.0	Необоснованное отклонение лечебно – диагностических мероприятий, оказания услуг от стандартов, правил в области здравоохранения / клинических протоколов	15 КПП	30%	30%	10 ПН
25.	6.1.	Несвоевременное или ненадлежащее выполнение диагностических / лечебных мероприятий, приведших в исходе лечения к осложнениям	+	+	+	+
26.	6.2.	Несвоевременное или ненадлежащее выполнение диагностических / лечебных мероприятий, приведших в исходе лечения к ухудшениям	+	+	+	+
27.	6.3.	Несвоевременное или ненадлежащее выполнение диагностических / лечебных	+	+		+

		мероприятий, с исходом лечения без перемен			+	
28.	6.4.	Несоблюдени е стандартов оказания медицинской помощи / положения о деятельности организаций здравоохране ния	+	+	+	+
29.	6.5.	Несоблюдени е правил проведения профилактиче с к и х медицинских осмотров целевых г р у п п населения (скрининг)	+	+	-	-
30.	6.6.	Несоблюдени е правил проведения профилактиче с к и х прививок согласно Национальног о календаря прививок	+	-	-	-
31.	6.7.	Несвоевремен н о е обеспечение препаратами, М И в соответствии с клиническими протоколами и по перечню ЛС и МИ в рамках Г ОБМП/ ОСМС, в том числе по АЛЮ	+	-	-	-
		Необоснованн ое назначение /выписка				

32.	6.8.	лекарственны х средств и медицинских изделий при отсутствии показаний	+	+	+	+
33.	6.9.	Несоблюдени е медицинской организацией обязательств социального контракта по ПУЗ /УПМП (несоответстви е стандарта динамическог о наблюдения)	+	-	-	-
34.	6.10.	Оказание медицинской помощи при наличии противопоказ аний	+	+	+	+
35.	6.11.	Несвоевремен ный доезд бригады скорой медицинской помощи по категориям вызова	+	-	-	+
36.	6.12.	Повторный вызов скорой помощи в течение 24 часов к одному и тому же пациенту	+	-	-	+
37.	6.13.	Несвоевремен ное или неполное обеспечение потребности субъектов здравоохране ния в компонентах крови	-	-	-	-

39.	6.14.	Полипрагмазия при оказании медицинской помощи	+	+	+	+
40.	7.0	Длительность ожидания медицинских услуг	5 КПН	30%	-	15 ПН
41.	7.1.	Длительность ожидания КДУ услуг более 10 рабочих дней	+	+	-	-
43.	8.0	Обоснованные жалобы	30 КПН	100%	100%	25 ПН
44.	8.1.	Жалобы на качество и объем медицинской помощи (услуг)	+	+	+	+
45.	8.2.	Жалобы на доступность медицинской помощи	+	+	+	+
46.	9.0.	Летальный исход, не подлежащий оплате на уровне стационара/ Смерть на уровне АПП/ скорой помощи	50 КПН	-	100%	100 ПН
47.	10.0.	Случаи расхождения клинического диагноза с морфологическим или патологоанатомическим диагнозами	-	-	50%	-
		Привлечение лекарственных средств, медицинских изделий и денежных средств				

49.	11.0	пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП/ОСМС	Снятие на сумму затрат, подтвержденных документально с уведомлением от поставщика о возврате сумм пациенту			
50.	12.0	Необоснованный отказ в госпитализации на уровне приемного отделения	-	-	100%	-

продолжение таблицы

№ п/п	Медицинская помощь	Медико-социальная помощь			Патологоанатомическая диагностика (от стоимости услуги)	Услуги по заготовке, переработке, хранению и реализацию крови и ее компонентов, производству препаратов крови от стоимости услуги
		Лицам с психическими и поведенческими расстройствами (с заболеваниями) (кратность комплексного тарифа (КТ))	Больным туберкулезом (кратность комплексного тарифа (КТ))	Зараженным ВИЧ-инфекцией		
	8	9	10	11	12	13
1	30 КПП	5 КТ	1КТ	-	-	-
2	+	+	+	-	-	-
4..	-	+	+	+	+	+
5.	+	+	+	+	-	-
6.	0	0	0	0	0	0
7.	+	+	+	+	+	+
8.	+	+	+	+	+	+
9.	+	+	+	+	+	+
11.	-	3 КТ	0,5 КТ	-	100%	100%
12.	-	+	+	-	+	+
13.	-	+	+	-	-	-
14.	-	-	-	-	-	-
17.	15 КПП	2 КТ	1 КТ	-	-	-
18.	30 КПП	3 КТ	3 КТ	1 КТ	300%	300%
19.	-	+	+	+	-	-
20.	-	+	+	+	+	+
21.	+	+	+	+	-	-
22.	+	-	-	-	-	-
23.	+	+	+	+	-	-

24.	15 КПН	3 КТ	0,3 КТ	1 КТ	-	50%
25.	+	+	+	+	-	-
26.	+	+	+	+	-	-
27.	+	+	+	-	-	-
28.	+	+	+	+	-	-
29.	+	-	-	-	-	-
30.	+	-	-	-	-	-
31.	+	-	-	-	-	-
32.	+	+	+	+	-	-
33.	+	-	-	-	-	-
34.	+	+	+	+	-	-
35.	+	-	-	-	-	-
36.	-	-	-	-	-	-
37.	-	-	-	-	+	-
39.	+	+	+	+	-	-
40.	5 КПН	-	-	-	-	-
41.	+	-	-	-	-	-
43.	30 КПН	10 КТ	1КТ	1 КТ	-	-
44.	+	+	+	+	+	-
45.	+	+	+	+	-	-
46.	50 КПН	6 КТ	1 КТ	-	-	-
47.	20 КПН	3 КТ	0,5 КТ	-	50%	-
49.	Снятие на сумму затрат, подтвержденных документально с уведомлением от поставщика о возврате сумм пациенту					
50.	20 КПН	3 КТ	0,5 КТ	-	-	-

Примечание:

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

знак "-" - данные коды и подкоды дефектов не применяются для данной формы/вида медицинской помощи

Список сокращений:

БКПН – базовый комплексный подушевой норматив;

КПН – комплексный подушевой норматив;

ПУЗ – программа управлениями заболеваниями;

УПМП – универсальная прогрессивная модель патронажа;

КТ – комплексный тариф;

ПН – подушевой норматив;

ЛС – лекарственные средства;

АЛО – амбулаторное лекарственное обеспечение;

АПП – амбулаторно – поликлиническая помощь;

ПМСП – первичная медико–санитарная помощь;

ИС – информационная система;

МИ – медицинские изделия;

ГОБМП – гарантированный объем бесплатной медицинской помощи;

ОСМС – обязательное социальное медицинское страхование.

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