

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау  
министрлігіПриказ Министра  
здравоохранения Республики  
Казахстан от 23 июня 2023 года №  
118. Зарегистрирован в  
Министерстве юстиции  
Республики Казахстан 27 июня  
2023 года № 32914Министерство здравоохранения Республики  
Казахстан

**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**

**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:



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



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

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 скрининговому исследованию, 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);

б) 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;



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

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика: \_\_\_\_\_/  
 (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/ Подпись)

(для документа на бумажном носителе)

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

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**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.		
	<b>ИТОГО</b>	

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 обязательного социального медицинского страхования

Форма

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

№ \_\_\_ от « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года период: с « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
по Договору № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Источник финансирования: \_\_\_\_\_

Наименование поставщика: \_\_\_\_\_

Наименование бюджетной программы: \_\_\_\_\_

Наименование бюджетной подпрограммы: \_\_\_\_\_

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

№ п /п	Наименование	Предъявлено к оплате (тенге)	Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично	Принято к оплате
1	2	3	4	5
1.	Скорая медицинская помощь			
2.	Проведение тромболитической терапии			
3	Доплата за работу в противоэпидемических мероприятиях в рамках борьбы с коронавирусной инфекцией COVID-19 и риск ее заражения			
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	Виды медицинской помощи	Назначение (причины, выбранные из справочника при внесении Иных вычетов / выплат)	Выплаты		Вычеты	
			количество	сумма	количество	сумма
1	2	3	4	5	6	7
1.						
2.						
	Итого					

Всего предъявлено к оплате \_\_\_\_\_ тенге;

Всего принято к оплате \_\_\_\_\_ тенге;

Руководитель заказчика

(уполномоченное должностное лицо):

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

Должностные лица заказчика:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

Ознакомлен (уполномоченное должностное лицо поставщика):

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

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

Дата " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Приложение 3 к приказу

Приложение 3

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

Форма

**Информация о структуре доходов при оказании скорой медицинской помощи**  
**период**

с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(наименование поставщика)

№ пп	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)

(для документа на бумажном носителе)

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

Дата " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

## Приложение 4 к приказу

### Приложение 4

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

Форма

### Информация о структуре расходов при оказании скорой медицинской помощи период

с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(наименование поставщика)

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







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

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(для документа на бумажном носителе)

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

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Приложение 5 к приказу

Приложение 8

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

Форма

**Акт оказанных услуг скорой медицинской помощи**

№ \_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года период с «\_\_» \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года по «\_\_» \_\_\_\_  
20 \_\_\_\_ год  
по Договору № \_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Источник финансирования:

Наименование поставщика:

Наименование бюджетной программы:

Наименование бюджетной подпрограммы:

Общая сумма по Договору \_\_\_\_\_  
тенге

Общая сумма выплаченного аванса: \_\_\_\_\_  
тенге

Общая сумма выплаченного аванса в декабре: \_\_\_\_\_  
тенге

Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_  
тенге

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг): \_\_\_\_\_  
тенге

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

№ п /п	Наименование работ (услуг)	Предъявлено к оплате, тенге	Принято к оплате, тенге
1	2	3	4
1.	Скорая медицинская помощь		
2.	Проведение тромболитической терапии		
3.	Доплата за работу в противоэпидемических мероприятиях в рамках борьбы с коронавирусной инфекцией COVID-19 и риск ее заражения		
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	Виды медицинской помощи	Назначение (причины выбранные из справочника при внесении Иных вычетов / выплат)	Выплаты		Вычеты	
			количество	сумма	количество	сумма
1	2	3	4	5	6	7
1.						
2.						
	Итого					

Всего 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: _____	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)	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 помощи и (или)  
в системе обязательного социального  
медицинского страхования

Форма

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

№ \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года период: с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
по «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по Договору № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_  
года

Источник финансирования:

Наименование поставщика:

Наименование бюджетной программы:

Наименование бюджетной подпрограммы:

Количество прикрепленного населения \_\_\_\_\_  
человек

в том числе сельское население \_\_\_\_\_  
человек\*

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

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

Поправочные коэффициенты при оплате по 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 Байконыр, поселках Торетам и Акай: \_\_\_\_\_.

Комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН",

в месяц: \_\_\_\_ тенге, в том числе:

гарантированный компонент комплексного подушевого норматива ПМСП на одного

прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН" к субъекту ПМСП,

в месяц \_\_\_\_\_ тенге;

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

Комплексный подушевой норматив на оказание первичной медико-санитарной

помощи сельскому населению на одного прикрепленного человека,  
 зарегистрированного в портале "РПН", в месяц (село): \_\_\_ тенге\*, в том числе:  
 гарантированный компонент комплексного подушевого норматива ПМСП на  
 одного  
 прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "РПН" к субъекту села,  
 в месяц: \_\_\_\_\_ тенге\*;  
 сумма СКПН на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале  
 "РПН" к субъекту ПМСП, в месяц \_\_\_\_\_ тенге.

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

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

Подушевой норматив на оказание ШМ на одного школьника в месяц \_\_\_ тенге  
 Количество школьников \_\_\_\_\_ человек

Базовый подушевой норматив на расчетную численность городского населения,  
 прикрепленную в медицинской организации ПМСП, подлежащей  
 разукрупнению \_\_\_ тенге

Подушевой норматив на расчетную численность городского населения,  
 прикрепленную в медицинской организации ПМСП, подлежащей  
 разукрупнению \_\_\_ тенге

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

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

1.1.	за оказание амбулаторно-поликлинической помощи:	
1.2.	на стимулирование работников организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки	
1.3.	обеспечение лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина	
1.4.	сумма на оказание неотложной медицинской помощи	
1.5.	за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний	
1.6.	за расходы на разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности	
1.7.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:	
1.7.1.	за оказание консультативно-диагностических услуг (комплекс КДУ на 1 жителя)	
1.7.2.	услуги пенсионерам и членам семьи военнослужащих, правоохранительных и специализированных государственных органов	
1.7.3.	медицинское обслуживание школьников в организациях образования	
1.7.4.	услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта	
1.7.5.	услуги передвижных медицинских комплексов на базе железнодорожного транспорта	
1.7.6.	дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (КТ, МРТ)	
1.7.7.	услуги в травматологических пунктах	
1.7.8.	услуги в кожно-венерологических диспансерах (и, или отделениях при многопрофильных больницах)	
1.7.9.	услуги в республиканских организациях здравоохранения	
1.7.10.	услуги молодежных центров здоровья	
1.8.	за проведение медицинской реабилитации третьего этапа на амбулаторном уровне	
1.9.	оказание услуг по предотвращению распространения коронавирусной инфекции COVID-19 и (или) лечению больных с коронавирусом COVID-19: диагностические исследования на выявление РНК вируса COVID-19 из биологического материала методом полимеразной цепной реакции	
1.10.	услуги мобильной бригады ПМСП	
1.11.	дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (ПЭТ)	
1.12.	за проведение профилактических осмотров для сельского населения	
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;
- б) реестр консультативно-диагностических услуг оказанных с привлечением соисполнителя по форме согласно приложению 6 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- 7) реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных детскому населению в возрасте от 6 до 17 лет включительно по форме согласно приложению 7 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- 8) реестр вызовов неотложной медицинской помощи 4 категории срочности по форме согласно приложению 8 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- 9) реестр по обеспечению лечебными низкобелковыми продуктами и продуктами с низким содержанием фенилаланина по форме согласно приложению 9 к счету-реестру за оказание комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях;

Примечание:

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

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

## Приложение 1

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

Форма

**Данные о динамике численности и структуре прикрепленного населения по данным портала «Регистр прикрепленного населения» период:**

с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Таблица № 1. Динамика численности прикрепленного населения человек**

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

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

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

---

Подтверждаем, что 1) количеству прикрепленного населения за отчетный период

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

2) количеству открепленного населения соответствует: по смерти: количеству справок

о смерти или перинатальной смерти; по выезду за пределы страны: количеству заявлений граждан и копии документов, удостоверяющих их личность.

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

---

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

---

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

(для документа на бумажном носителе)

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

Дата " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года



1	2	3	4	5	6	7	8	9
Итого		X			X			
1.	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП							
2.	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП							
3.	Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями							
4.	Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома							
5.	Своевременно диагностированный туберкулез легких							
6.	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 0-1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (T0-T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0)							
7.	Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)							
8.	Обоснованные жалобы							

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(для документа на бумажном носителе)

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

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Примечание:

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

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

---

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

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

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



## Приложение 3

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

Форма

## Реестр оказанных услуг первичной медико-санитарной помощи\*

период:

с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

№ п п	Полный код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, тенге	Количе- ство 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	На- име- нова- ние услу- ги	Стои- мость услу- ги, тенге	Ко- личе- ство услуг	Сум- ма, тен- ге
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

Форма

### Информация о структуре доходов при оказании комплекса услуг первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных

условиях поставщиком, оказывающим первичную медико-санитарную помощь период

с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(Наименование поставщика)

№ п п	Наименование услуги	Источники дохода, тыс. тенге		
		все-го	за счет 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			
1.5.	за проведение скрининговых осмотров на раннее выявление злокачественных заболеваний			
1.6.	за расходы на разукрупнение субъектов ПМСП для обеспечения доступности			
1.7.	за оказание консультативно-диагностических услуг, не включенных в комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи			

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

№	Наименование	Кассовые расходы за прошедший год (тыс. тенге)	План бюджетных средств на отчетный год	Кассовые расходы по нарастанию за отчетный период (тыс. тенге)		в т.ч. за отчетный месяц (тыс. тенге)		Всего Фактические расходы по нарастанию за отчетный период (тыс. тенге)	Отклонение фактических расходов от расчетных (тыс. тенге)	Кредиторская задолженность по нарастанию (тыс. тенге)
				все-го	в т.ч. аванс	все-го	в т.ч. аванс			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
0А	Отклонение фактических расходов от кассовых за позапрошлый год, тыс. тенге	X	X	X	X	X	X			
		X	X	X	X	X	X			





ОГ	Всего расходов									
	в том числе:	X	X	X	X	X	X	X	X	X
I.	ТЕКУЩИЕ РАСХОДЫ:		X							
1.	Заработная плата всего:		X							
1.1.	Оплата труда									
	в том числе:	X	X	X	X	X	X	X	X	X
а)	врачебный персонал и провизоры		X							
б)	средний медицинский и фармацевтический персонал		X							
в)	младший медицинский персонал		X							
г)	прочий персонал		X							
1.2.	Дополнительные денежные выплаты (премии и дифференцированная оплата, единовременное пособие к отпуску, материальная помощь)		X							
	в том числе:	X	X	X	X	X	X	X	X	X
а)	врачебный персонал и провизоры		X							
б)	средний медицинский и фармацевтический персонал		X							
в)	младший медицинский персонал		X							
г)	прочий персонал		X							
1.2.1.	Дифференцированная оплата		X							
	в том числе:	X	X	X	X	X	X	X	X	X
а)	врачебный персонал и провизоры		X							
б)	средний медицинский и фармацевтический персонал		X							
в)	младший медицинский персонал		X							
г)	Прочий персонал		X							
1.2.2.	Стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичной медико-санитарной помощи		X							
	в том числе:	X	X	X	X	X	X	X	X	X
а)	врачебный персонал и провизоры		X							
б)	средний медицинский и фармацевтический персонал		X							
в)	прочий персонал		X							
1.2.3.	Стимулирование работников участковой службы в работе по программе управления заболеваниями и (или) по универсально-прогрессивной модели патронажной службы		X							
	в том числе:	X	X	X	X	X	X	X	X	X
а)	врачебный персонал и провизоры		X							
б)	средний медицинский и фармацевтический персонал		X							

2.	Налоги и другие обязательства в бюджет всего:		X							
2.1.	Социальный налог		X							
2.2.	Социальные отчисления в Государственный фонд социального страхования		X							
2.3.	Отчисления на обязательное социальное медицинское страхование		X							
3.	Приобретение товаров всего:		X							
3.1.	Приобретение продуктов питания		X							
3.2.	Приобретение медикаментов и прочих медицинских изделий		X							
3.3.	Приобретение прочих товаров		X							
	в том числе:	X	X	X	X	X	X	X	X	X
а)	мягкий инвентарь		X							
4.	Приобретение лечебных низкобелковых продуктов и продуктов с низким содержанием фенилаланина		X							
5.	Приобретение адаптированных заменителей грудного молока		X							
6.	Коммунальные и прочие услуги, всего:		X							
6.1.	Оплата коммунальных услуг		X							
	в том числе:	X	X	X	X	X	X	X	X	X
а)	за горячую, холодную воду, канализацию		X							
б)	за газ, электроэнергию		X							
в)	за теплоэнергию		X							
г)	оплата услуг связи		X							
6.2.	Прочие услуги и работы		X							
	в том числе:	X	X	X	X	X	X	X	X	X
а)	на повышение квалификации и переподготовку кадров		X							
б)	на услуги по обеспечению питания		X							
в)	на оплату услуг по договору соисполнения		X							
г)	расходы на текущий ремонт зданий, сооружений и оборудования		X							
д)	на аренду		X							
7.	Другие текущие затраты, всего:		X							
7.1.	Командировки и служебные разъезды внутри страны		X							
а)	в том числе на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения		X							
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	ПРИОБРЕТЕНИЕ ОСНОВНЫХ СРЕДСТВ		X							

Руководитель поставщика (уполномоченное должностное лицо):

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

(для документа на бумажном носителе)

Главный бухгалтер поставщика:

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

(для документа на бумажном носителе)

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

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года



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



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

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

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

**Таблица № 5. Расчет иных выплат и вычетов**

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

1.						
2.						
	Итого					

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

1.12.	за проведение профилактических осмотров для сельского населения				
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, принятой к оплате на стимулирование работников в разрезе индикаторов конечного результата

№ пп	Индикаторы оценки деятельности	Предъявлено к оплате					Принято к оплате
		Целевой показатель	Фактический показатель	Количество баллов	% доли цели	Сумма, тенге	
1	2	3	4	5	6	7	8
Итого							
1.	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП						
2.	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП						
3.	Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложненными острыми респираторными инфекциями						
4.	Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома						
5.	Своевременно диагностированный туберкулез легких						
6.	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной 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 больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)						
8.	Обоснованные жалобы						

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

№ пп	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.	Забор биологического материала и его гистологическое, цитологическое и иные исследования				
	Итого к оплате:				

#### Таблица № 4. Сумма иных выплат и вычетов

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

Всего принято к оплате: \_\_\_\_\_ тенге, в том числе:

1. удержанная сумма: \_\_\_\_\_ тенге, из них:

1.1 по результатам мониторинга качества и объема: \_\_\_\_\_ тенге;

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



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық  
актілердің эталонды бақылау банкі  
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов  
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні	23.06.2023
Сақтау күні	10.07.2023
Дата редакции	23.06.2023
Дата скачивания	10.07.2023

(для акта на бумажном носителе)

(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	Наименование услуг	Сумма выделенная (на текущий год)	Начислено всего за отчетный месяц	Перечислено	Разница между начисленной и перечисленной суммой	Остаток годовой суммы на конец отчетного периода	Основание (платежное поручение)
1.	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						

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 закупа  
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 де- фек- та	Наименование дефекта	Медицинская помощь в амбу- латорных условиях		Медицин- ская по- мощь в ста- ционарных и стациона- розамещаю- щих ус- ловиях (от стоимо- сти проле- ченного слу- чая)	Скорая меди- цинская по- мощь (1-3 ка- тегория) (в кратности ба- зового поду- шевого нор- матива ско- рой помощи на 1 человека в месяц
			по базовому комплексному подушевому нормативу (в кратности базо- вого комплекс- ного подушево- го норматива на 1 человека в месяц (БКПН)	затраты по которым не учитыва- ются при оплате по комплекс- ному поду- шевому нормативу (от стоимо- сти услуги)		
1	2	3	4	5	6	7
1	1.0.	Необоснованное оказание медицинской помощи	30 КПН	-	100%	-
2	1.1.	Госпитализация пациента при отсутствии меди- цинских показаний / необоснованное направле- ние на госпитализацию	+	-	+	-
4..	1.2.	Необоснованное оказание консультативно - диа- гностических услуг	-	+	-	-
5.	1.3.	Необоснованное направление на оказание кон- сультативно-диагностических услуг	+	+	-	-
6.	2.0	Дефекты оформления медицинской документа- ции	0	0	0	0
7.	2.1.	Дефекты оформления и ведения медицинской документации (в том числе отсутствие инфор- мированного согласия, результатов обследо- ваний, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья пациента, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи при наличии других подтверждающих документов)	+	+	+	+
8.	2.2.		+	+	+	+



		Некорректное/несвоевременное/некачественное введение данных в информационные системы здравоохранения				
9.	2.3.	Несвоевременная регистрация сведений 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 клинико - диагностических услуг путем оказания более дорогих услуг при наличии альтернатив	-	+	+	-
14.	3.3.	Завышение уровня весового коэффициента клинико-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 АЛЮ	+	-	+	+
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 ИС здравоохранения	+	-	-	-
24.	6.0	Необоснованное отклонение лечебно – диагностических мероприятий, оказания услуг от стандартов, правил в области здравоохранения/ клинических протоколов	15 КПН	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.	Несоблюдение стандартов оказания медицинской помощи /положения о деятельности организаций здравоохранения	+	+	+	+
29.	6.5.		+	+	-	-

		Несоблюдение правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения (скрининг)				
30.	6.6.	Несоблюдение правил проведения профилактических прививок согласно Национального календаря прививок	+	-	-	-
31.	6.7.	Несвоевременное обеспечение препаратами, МИ в соответствии с клиническими протоколами и по перечню ЛС и МИ в рамках ГОБМП /ОСМС, в том числе по АЛЮ	+	-	-	-
32.	6.8.	Необоснованное назначение/выписка лекарственных средств и медицинских изделий при отсутствии показаний	+	+	+	+
33.	6.9.	Несоблюдение медицинской организацией обязательств социального контракта по ПУЗ /УПМП (несоответствие стандарта динамического наблюдения)	+	-	-	-
34.	6.10.	Оказание медицинской помощи при наличии противопоказаний	+	+	+	+
35.	6.11.	Несвоевременный 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.	Несвоевременное или неполное обеспечение потребности субъектов здравоохранения 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%	-
49.	11.0	Привлечение лекарственных средств, медицинских изделий и денежных средств 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

		Медико-социальная помощь			
--	--	--------------------------	--	--	--

№ п/п	Медицинская помощь сельскому населению (в кратности базового комплексного подушевого норматива на 1 жителя села в месяц (БКПН))				Патолого-анатомическая диагностика (от стоимости услуги)	Услуги по заготовке, переработке, хранению и реализации 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 КПН	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 КПН	2 КТ	1 КТ	-	-	-
18.	30 КПН	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.