



Об утверждении Правил возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств

Приказ и.о. Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 июля 2015 года № 627. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 28 августа 2015 года № 11976.

В соответствии с подпунктом 81) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить Правила возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств согласно приложению 1 к настоящему приказу.

2. Признать утратившими силу некоторые решения Министерства здравоохранения Республики Казахстан и Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан согласно приложению 2 к настоящему приказу.

3. Комитету оплаты медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан обеспечить:

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

2) направление на официальное опубликование копии настоящего приказа в периодических печатных изданиях и информационно-правовой системе "Әділет" в течение десяти календарных дней после его государственной регистрации в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан;

4) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Департамент юридической службы Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2) и 3) настоящего пункта.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого вице-министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Каирбекову С.З.

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

| | |
|--------------------------|--|
| Исполняющий обязанности | |
| Министра здравоохранения | |
| | |

| | |
|------------------------|---------------|
| и социального развития | |
| Республики Казахстан | Б. Нурымбетов |

СОГЛАСОВАН

Исполняющий обязанности

Министра финансов

Республики Казахстан

_____ Р. Бекетаев

"__" _____ 2015 года

СОГЛАСОВАН

Исполняющий обязанности

Министра национальной экономики

Республики Казахстан

_____ Т. Жаксылыков

"__" _____ 2015 года

| | |
|--|--|
| | Приложение 1 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 июля 2015 года № 627 |
|--|--|

Правила

возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств

1. Общие положения

1. Настоящие Правила возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств (далее – Правила) разработаны в соответствии с подпунктом 81) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекс о здоровье) и определяют порядок возмещения затрат с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи за счет бюджетных средств организациям здравоохранения,

оказывающим гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (далее – организации, оказывающие ГОБМП), за исключением организаций здравоохранения:

- 1) являющихся государственными учреждениями;
- 2) ответственных за выполнение государственного задания;

3) оказывающих лечение в порядке, определенном Правилами направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж за счет бюджетных средств, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 июня 2015 года № 544 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11795) (далее – Правила направления граждан на лечение за рубеж).

2. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах возмещения:

1) базовый комплексный подушевой норматив амбулаторно-поликлинической помощи (далее – АПП) – расчетная стоимость комплекса амбулаторно-поликлинических услуг ГОБМП в формах первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) и консультативно-диагностической помощи по определяемому уполномоченным органом в области здравоохранения перечню услуг без учета поправочных коэффициентов;

2) гарантированный компонент комплексного подушевого норматива АПП – расчетная стоимость комплекса амбулаторно-поликлинических услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) в формах ПМСП и консультативно-диагностической помощи по определяемому уполномоченным органом в области здравоохранения по перечню услуг с учетом поправочных коэффициентов;

3) комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи (далее – комплексный подушевой норматив АПП) – стоимость комплекса амбулаторно-поликлинических услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале "Регистр прикрепленного населения" (далее – портал РПН) к субъекту здравоохранения, оказывающему первичную медико-санитарную помощь, состоящая из гарантированного компонента комплексного подушевого норматива АПП и стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива;

4) метод аннуитетных платежей – метод начисления вознаграждения (процентов), при котором погашение задолженности по финансовому лизингу осуществляется равными платежами на протяжении всего срока лизинга, включающий увеличивающиеся платежи по основному долгу и уменьшающиеся платежи по вознаграждению, начисленному за период на остаток основного долга;

5) тариф за один пролеченный случай по заболеванию (далее – тариф по заболеванию) – стоимость комплекса медицинских услуг, оказанных пациенту, претендующему на лечение за рубежом за счет бюджетных средств, в условиях отечественных медицинских организаций;

6) перечень заболеваний и перечень отдельных категорий граждан – перечень заболеваний, при которых граждане Республики Казахстан направляются на лечение за рубеж за счет бюджетных средств, и перечень отдельных категорий граждан Республики Казахстан, направляемых на лечение

за рубеж за счет бюджетных средств, определенные на основании подпункта 80) статьи 7 Кодекса о здоровье;

7) субъект села – субъект здравоохранения районного значения и села, входящий в одну из следующих административно-территориальных единиц город районного значения, село, поселок, сельский округ, район, и предоставляющий комплекс услуг ГОБМП сельскому населению, зарегистрированному в портале РПН, по определяемому управлением здравоохранения (далее – УЗ) перечню форм медицинской помощи;

8) гарантированный компонент комплексного подушевого норматива на сельское население – расчетная стоимость комплекса услуг ГОБМП, оказываемых сельскому населению, по определяемому уполномоченным органом в области здравоохранения перечню форм медицинской помощи с учетом поправочных коэффициентов;

9) комплексный подушевой норматив на оказание услуг ГОБМП сельскому населению (далее – комплексный подушевой норматив на сельское население) – стоимость комплекса услуг ГОБМП по определяемому уполномоченным органом в области здравоохранения перечню форм медицинской помощи в расчете на одного сельского жителя, зарегистрированного в портале РПН, к субъекту здравоохранения районного значения или села, состоящая из гарантированного компонента комплексного подушевого норматива на сельское население и стимулирующий компонент комплексного подушевого норматива;

10) стоимость базовой ставки – расчетная стоимость одной единицы услуги ГОБМП;

11) первичная медицинская документация – документы, предназначенные для записи данных о состоянии здоровья пациентов, отражающих характер, объем и качество оказанной медицинской помощи, формы которых утверждены приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов № 6697) (далее – приказ № 907): медицинские карты амбулаторного пациента (форма № 025/у) (далее – форма № 025/у), карты амбулаторного пациента (форма № 025-5/у) (далее – форма № 025-5/у) статистические карты амбулаторного пациента для консультативно-диагностических центров (поликлиник) (форма №025-9/у) (далее – форма № 025-9/у), карты амбулаторного пациента для профилактического медицинского осмотра (скрининга) (форма № 025-8у) (далее № 025-8у), статистической карты профилактического медицинского осмотра (скрининга) ребенка (форма 025-07у) (далее – форма № 025-07у), карты стационарного больного (форма № 003/у) (далее – форма № 003/у) , карты больного дневного стационара (поликлиники, больницы), стационара на дому (форма № 003-2/у) (далее – форма № 003-2/у), истории родов (форма № 096/у) (далее – форма № 096/у), истории развития новорожденного (форма № 097/у) (далее – форма № 097/у), извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования по форме № 090/у (далее – форма № 090/у), направление на консультацию, диагностическое исследование (форма № 001-4/у) (далее – форма № 001-4/у);

12) администратор бюджетной программы (далее – администратор) – Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее – Министерство) или местные органы государственного управления здравоохранением областей, городов Астаны и Алматы (далее – УЗ);

13) субъект информатизации в области здравоохранения (далее – СИ) – юридическое лицо, осуществляющее деятельность и вступающее в правоотношения в сфере информатизации в области здравоохранения,

в части информационно-технического сопровождения информационных систем "Амбулаторно-поликлиническая помощь" (далее – ИС "АПП"), "Сельское здравоохранение", "Дополнительный компонент подушевого норматива" (далее – ДКПН), "Электронный регистр стационарных больных" (далее – ЭРСБ), "Система управления качеством медицинских услуг" (далее – СУКМУ), "АИС-КДУ", электронный регистр онкологических больных (далее – ЭРОБ), портала РПН, программного комплекса "Автоматизированная информационная система медицинских организаций" комплекса программ "Поликлиника" (далее – АИС "Поликлиника"), "Бюро госпитализации (далее – ИС "Бюро госпитализации") включая обеспечение информационной безопасности и организационно-методическую работу с субъектами здравоохранения, предварительную оценку пролеченных случаев;

14) уполномоченный орган в области здравоохранения (далее – уполномоченный орган) – государственный орган, осуществляющий руководство в области охраны здоровья граждан, медицинской и фармацевтической науки, медицинского и фармацевтического образования, обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, контроля за качеством медицинских услуг;

15) пролеченный случай – комплекс медицинских услуг, оказанных пациенту в стационарных и (или) стационарозамещающих условиях с момента поступления до выписки;

16) Рабочий орган – консультативный орган по вопросам направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж за счет бюджетных средств, определяемый уполномоченным органом в соответствии с Правилами направления граждан на лечение за рубеж;

17) половозрастной поправочный коэффициент – коэффициент, учитывающий различия в уровне потребления медицинской помощи разными половозрастными категориями населения;

18) стимулирующий компонент комплексного подушевого норматива (далее – СКПН) – стимулирующая составляющая комплексного подушевого норматива, направленная на стимулирование работников субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП, на основе достигнутых индикаторов конечного результата в порядке, определенном приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 мая 2015 года № 429 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11526) (далее – приказ № 429);

19) комплексный тариф – стоимость комплекса медицинских услуг ГОБМП в расчете на одного онкологического больного, зарегистрированного в ЭРОБ, за исключением онкогематологических больных (кроме больных лимфомой), утвержденная администратором;

20) клинико-затратные группы (далее – КЗГ) – клинически однородные группы заболеваний, сходные по затратам на их лечение;

21) договор финансового лизинга – трехсторонний договор, в соответствии с которым лизингодатель обязуется приобрести в собственность указанный лизингополучателем предмет лизинга

у поставщика в соответствии с настоящими Правилами и предоставить лизингополучателю предмет лизинга во временное владение и пользование за плату в соответствии с гражданским законодательством Республики Казахстан;

22) постоянно действующая Комиссия по направлению граждан Республики Казахстан на лечение в зарубежные медицинские организации (далее – Комиссия по направлению на лечение за рубеж) – консультативно-совещательный орган по направлению граждан Республики Казахстан на лечение в зарубежные медицинские организации при уполномоченном органе в порядке, определенном на основании Правил направления граждан на лечение за рубеж;

23) субподрядчик – субъект здравоохранения, с которым поставщиком заключен договор субподряда для исполнения части обязательств по договору на оказание ГОБМП в соответствии с Правилами выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат в порядке, определенном на основании пункта 4 статьи 34 Кодекса о здоровье (далее – Правила выбора поставщика);

24) электронный реестр потенциальных субподрядчиков (далее – электронный реестр) – база данных потенциальных субподрядчиков, соответствующих требованиям Правил выбора поставщика;

25) договор субподряда – гражданско-правовой договор, заключенный между субподрядчиком и поставщиком для исполнения части обязательств поставщика по договору на оказание ГОБМП;

26) экспертиза документации – ретроспективный анализ на основе изучения медицинской документации пациентов, ранее получивших медицинские услуги;

27) поставщик – субъект здравоохранения, с которым заключен договор на оказание ГОБМП;

28) Комиссия по оплате услуг – постоянно действующий коллегиальный орган, создаваемый заказчиком из числа письменно представленных кандидатур соответствующих Уз, территориальных департаментов Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан и Комитета оплаты медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан для определения суммы, подлежащей оплате за оказанные услуги ГОБМП, с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи;

29) лизингополучатель – организация здравоохранения (участник лизинговой сделки), который принимает на условиях договора финансового лизинга предмет лизинга;

30) лизингодатель – участник лизинговой сделки, который за счет привлеченных и (или) собственных денег приобретает в собственность предмет лизинга и передает его лизингополучателю на условиях договора финансового лизинга;

31) срок лизинга – срок, на который предмет лизинга предоставляется лизингополучателю во временное владение и пользование в соответствии с договором финансового лизинга. При этом досрочное расторжение договора финансового лизинга при сохранении права собственности на предмет лизинга за лизингодателем не влечет за собой изменения срока лизинга;

32) лизинговые платежи – периодические платежи, представляющие собой общую сумму платежей по договору финансового лизинга за весь срок действия договора финансового лизинга;

33) график лизинговых платежей – информация о сроках, размерах погашения лизинговых платежей, доле лизингового платежа на одну медицинскую услугу, общей сумме вознаграждения и плановом количестве медицинских услуг в месяц, формируемая для каждого лизингополучателя индивидуально, в соответствии с договором финансового лизинга и учетом сроков поставки предмета лизинга;

34) выплата лизинговых платежей – возмещение затрат лизингополучателя на выплату лизинговых платежей на условиях финансового лизинга;

35) медицинская техника – аппараты, приборы и оборудование, применяемые отдельно, в комплексах или системах в медицинских целях для профилактики, диагностики, лечения заболеваний, реабилитации, научных исследований медицинского характера;

36) Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства (далее – ККМФД) – ведомство Министерства и его территориальные подразделения (далее – ТД ККМФД), осуществляющие государственный контроль в сфере оказания медицинских услуг;

37) Комитет оплаты медицинских услуг Министерства (далее – КОМУ) – ведомство Министерства и его территориальные подразделения (далее – ТД КОМУ), осуществляющие оплату за оказанные медицинские услуги за счет средств республиканского бюджета, а также координацию и мониторинг за внедрением и исполнением программ и направлений, реализуемых в рамках Единой национальной системы здравоохранения, включая целевые текущие трансферты на обеспечение и расширение ГОБМП (далее – ЦТТ);

38) подушевой норматив на оказание ПМСП – норма затрат в расчете на одного человека для обеспечения ГОБМП в форме ПМСП;

39) субъект ПМСП – субъект здравоохранения городского значения, оказывающий ПМСП, предоставляющий комплекс амбулаторно-поликлинических услуг ГОБМП прикрепленному населению, зарегистрированному в портале РПН;

40) медицинская помощь онкологическим больным – комплекс медицинских услуг, направленных на диагностику и лечение (в том числе с предраковыми заболеваниями и доброкачественными новообразованиями) и диспансерное наблюдение за больными со злокачественными новообразованиями, включающих лекарственное обеспечение, на всех уровнях;

41) среднесписочная численность онкологических больных – численность онкологических больных в среднем за отчетный период, которая определяется путем суммирования численности онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ, за каждый календарный день отчетного периода и деления полученной суммы на число календарных дней месяца;

42) ЭРОБ – единая информационная система электронной регистрации, учета, обработки и хранения данных больных с онкологической патологией, данные которой используются при размещении ГОБМП и его оплате;

43) отечественная медицинская организация - организация здравоохранения, зарегистрированная в соответствии с законодательством о государственной регистрации юридических лиц, с которой заключен договор на оказание медицинских услуг пациенту, претендующему на лечение за рубежом

44) срок окупаемости – период времени, необходимый для покрытия затрат лизингополучателя на приобретение в собственность предмета лизинга;

45) заказчик – территориальный департамент Комитета оплаты медицинских услуг Министерства или УЗ, осуществляющие выбор поставщика услуг по оказанию ГОБМП и возмещение его затрат за счет средств республиканского или местного бюджетов в соответствии с Правилами выбора поставщика, а также гражданским законодательством Республики Казахстан;

46) тарификатор – утвержденный перечень медицинских услуг с указанием их стоимости согласно пункту 5 статьи 35 Кодекса о здоровье;

47) договор на оказание ГОБМП – гражданско-правовой договор на оказание ГОБМП, заключенный между заказчиком и поставщиком в соответствии с Правилами выбора поставщика;

48) тариф услуги ГОБМП (далее – тариф) – стоимость единицы или комплекса услуг ГОБМП;

49) субъект мониторинга и анализа ГОБМП – юридическое лицо, осуществляющее деятельность и вступающее в правоотношения в сфере информатизации в области здравоохранения в части мониторинга, анализа результатов деятельности субъектов здравоохранения по оказанию ГОБМП и оценки медико-экономической эффективности внедрения методов оплаты ГОБМП;

50) платежные документы – счет-реестр, протокол исполнения договора и акт выполненных работ (услуг);

51) поправочные коэффициенты – коэффициенты, применяемые администратором с целью корректировки тарифа в порядке, определенном Методикой формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, утвержденной приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5946) (далее – Методика формирования тарифов);

52) линейная шкала оценки исполнения договора (далее – Линейная шкала) – механизм расчета суммы возмещения в случаях превышения месячной суммы договора на оказание ГОБМП без учета результатов контроля качества и объема медицинской помощи;

53) зарубежный специалист – иностранный дипломированный и сертифицированный специалист в сфере здравоохранения, приглашенный с визитом в Республику Казахстан для оказания

высокотехнологичных медицинских услуг, не оказываемых отечественными организациями здравоохранения, в том числе для проведения мастер-классов;

54) коэффициент затратоемкости – коэффициент, определяющий степень затратности клинико-затратных групп к стоимости базовой ставки;

2. Порядок возмещения затрат организациям здравоохранения, оказывающим ГОБМП, за счет бюджетных средств

3. Возмещение затрат организациям, оказывающим ГОБМП, за счет бюджетных средств осуществляется заказчиком на основании заключенных договоров на оказание ГОБМП в пределах средств, предусмотренных планами финансирования бюджетных программ (подпрограмм) по обязательствам и платежам администратора на соответствующий финансовый год с учетом реализации гражданами Республики Казахстан права свободного выбора субъекта, оказывающего ГОБМП, и результатов контроля качества и объема медицинской помощи.

4. Возмещение затрат осуществляется по тарифам, утвержденным администратором на основании пункта 5 статьи 35 Кодекса о здоровье, на основании актов выполненных работ (услуг).

5. Тарифы с учетом поправочных коэффициентов формируются в соответствии с Методикой формирования тарифов.

6. Организациям, оказывающим ГОБМП, возмещаются затраты, связанные с их деятельностью по оказанию ГОБМП, за исключением капитальных расходов, кроме:

расходов на обновление основных средств в рамках реализации пилотного проекта дочерним организациям акционерного общества (далее – АО) "Национальный медицинский холдинг", оказывающим ГОБМП;

расходов на выплату лизинговых платежей на условиях финансового лизинга организациям, оказывающим ГОБМП, в организационно-правовой форме государственных предприятий, акционерных обществ и хозяйственных товариществ, сто процентов голосующих акций (долей участия в уставном капитале) которых принадлежит государству, возмещаемых согласно параграфу 8 раздела 2 настоящих Правил;

расходов на приобретение оборудования стоимостью менее пяти миллионов тенге, включенных в тариф. При этом организации, оказывающие ГОБМП, данные расходы осуществляют в случае отсутствия кредиторской задолженности в текущем финансовом году за счет средств сложившейся экономии, но не более 1% от суммы договора на оказание ГОБМП.

В случае превышения организациями, оказывающими ГОБМП, в организационно-правовой форме государственных предприятий суммы договора на оказание ГОБМП в связи с увеличением расходов на оплату коммунальных услуг, возмещение данных расходов осуществляется по решению местного представительного органа из средств местного бюджета областей, города республиканского значения и столицы.

7. Результаты контроля качества и объема медицинской помощи предоставляются на Комиссию по оплате услуг по итогам:

контроля качества и объема, проводимого в рамках государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг с целью оценки соответствия оказываемых медицинских услуг стандартам, нормативным правовым актам Республики Казахстан в области здравоохранения в виде выборочных, внеплановых проверок и иных форм контроля без посещения субъекта (объекта) здравоохранения в порядке, установленном Законом Республики Казахстан от 6 января 2011 года "О государственном контроле и надзоре в Республике Казахстан" (далее – ЗРК о госконтроле) (далее – контроль качества и объема), внесенным в ИС СУКМУ, в том числе в модуль "Дефекты оказания медицинских услуг", специалистами ККМФД и ТД ККМФД;

экспертизы объема с целью оценки соответствия оказания медицинской помощи в рамках ГОБМП стандартам, нормативным правовым актам Республики Казахстан в области здравоохранения согласно статьи 7 Кодекса о здоровье, проводимой заказчиком для проверки достоверности объема медицинской помощи в рамках заключенного договора на оказание ГОБМП (далее – контроль объема).

8. ТД ККМФД по результатам выборочных и внеплановых проверок формирует:

акт о результатах проверки оформленный в порядке, определенном на основании статьи 24 ЗРК о госконтроле;

на каждый случай смерти (летального исхода) экспертное заключение по форме согласно приложению 1 к настоящим Правилам на основании экспертизы медицинской документации по запросу.

9. На каждый случай с выявленными дефектами оказания медицинских услуг ТД ККМФД формирует лист экспертной оценки медицинских услуг по форме согласно приложению 2 к настоящим Правилам.

10. Заказчик по итогам полугодия два раза в год, в июле и в ноябре, осуществляет уменьшение суммы по заключенному договору на оказание ГОБМП с организацией, оказывающей ГОБМП, путем заключения дополнительного соглашения, на сумму, удержанную по результатам контроля качества и объема, за исключением непредотвратимых летальных случаев и за исключением суммы за оказанные услуги в декабре, которая подлежит ретроспективной экспертизе в следующем отчетном периоде следующего года.

11. Корректировка сумм бюджетных средств по договору на оказание ГОБМП за принятые к оплате медицинские услуги производится при последующих расчетах с поставщиком в период срока действия договора.

12. Заказчик по согласованию с организацией, оказывающей ГОБМП, осуществляет авансовую (предварительную) оплату по заключенному договору на оказание ГОБМП в размере не более 30 процентов от суммы договора.

13. Заказчик при оплате за оказанные медицинские услуги ГОБМП за отчетный период в протоколе исполнения договора на оказание ГОБМП указывает сумму выплаты (вычета) и основание

выплаты (вычета) в случае наличия решения судебных органов либо комиссионного решения по результатам актов сверки за прошедшие платежные периоды по проведенным платежам, оформленного протоколом.

Параграф 1. Возмещение затрат за оказание АПП по комплексному подушевому нормативу АПП

14. Возмещение затрат за оказание амбулаторно-поликлинической помощи по комплексному подушевому нормативу АПП субъектам ПМСП осуществляется с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи за счет:

средств республиканского бюджета в виде ЦТТ;

средств местного бюджета, в случае их дополнительного выделения по решению местного представительного органа.

15. Возмещение затрат за оказание амбулаторно-поликлинической помощи по комплексному подушевому нормативу АПП субъектам ПМСП осуществляется заказчиком с участием ККМФД и ТД ККМФД, лизингодателя и СИ.

16. Комплексный подушевой норматив АПП определяется в расчете на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале РПН, в месяц в соответствии с Методикой формирования тарифов.

17. Комплексный подушевой норматив АПП устанавливается не ниже базового комплексного подушевого норматива АПП, являющегося единым на территории Республики Казахстан.

18. Комплексный подушевой норматив АПП субъекта ПМСП предусматривает расходы в рамках заключенного договора на оказание ГОБМП на:

1) обеспечение комплекса амбулаторно-поликлинических услуг ГОБМП прикрепленному населению в формах ПМСП и консультативно-диагностической помощи (далее – КДП) по следующим видам медицинской помощи: доврачебная, квалифицированная, специализированная, медико-социальная в пределах средств, предусмотренных по гарантированному компоненту комплексного подушевого норматива АПП по перечню услуг, затраты по которым учитываются при оплате за оказанный комплекс амбулаторно-поликлинических услуг ГОБМП субъектами здравоохранения городского значения и субъектами здравоохранения районного значения и села по комплексному подушевому нормативу согласно приложению 3 к настоящим Правилам;

2) стимулирование работников ПМСП за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъектов ПМСП, утвержденные уполномоченным органом, в пределах средств, предусмотренных по СКПН, в порядке, определенном приказом № 429 (далее – стимулирование работников ПМСП).

19. Комплексный подушевой норматив АПП не включает расходы на выплату лизинговых платежей

20. Объем финансирования субъектам ПМСП по комплексному подушевому нормативу АПП на текущий финансовый год определяется путем умножения комплексного подушевого норматива АПП на численность прикрепленного населения, зарегистрированного в портале РПН, и на количество месяцев в текущем финансовом году, в течение которого будут оказаны услуги ГОБМП.

Объем финансирования субъекта ПМСП по комплексному подушевому нормативу АПП за отчетный период не зависит от объема оказанных услуг.

21. Субъекты ПМСП обеспечивают полный комплекс амбулаторно-поликлинических услуг ГОБМП населению по перечню услуг, затраты по которым учитываются при оплате за оказанный комплекс амбулаторно-поликлинических услуг ГОБМП субъектами здравоохранения городского значения и субъектами здравоохранения районного значения и села по комплексному подушевому нормативу в соответствии со стандартами в области здравоохранения в пределах сумм договора на оказание ГОБМП.

22. Заказчик устанавливает сроки (даты) отчетного периода.

23. Субъект ПМСП в срок не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом, передает Заказчику сформированный в ИС "АПП" счет-реестр субъекта ПМСП, подписанный первым руководителем или с использованием ЭЦП.

В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств, указанных в договоре, заказчик принимает счет-реестр позднее установленного срока.

24. Заказчик формирует в ИС "АПП" протокол исполнения договора на оказание ГОБМП на основании:

подписанного субъектом ПМСП счет-реестра;

результатов контроля качества и объема (при их наличии), проведенного ТД ККМФД и заказчиком по перечню случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично, по результатам контроля качества и объема оказанной амбулаторно – поликлинической помощи (первичной медико-санитарной и консультативно-диагностической) согласно приложению 4 к настоящим Правилам;

результатов достижения субъектом ПМСП индикаторов конечного результата, рассчитанных в автоматизированном режиме в ДКПН.

Протокол исполнения договора на оказание ГОБМП рассматривается и подписывается Комиссией по оплате услуг.

25. Заказчик на основании протокола исполнения договора на оказание ГОБМП в ИС "АПП" формирует акт выполненных работ (услуг) ПМСП в двух экземплярах, который подписывается обеими сторонами или с использованием ЭЦП, один экземпляр которого передается субъекту ПМСП.

26. Заказчиком оплата по подписанным актам выполненных работ (услуг) ПМСП осуществляется не позднее 15 календарных дней после отчетного периода (декабрь – до 25 числа) с учетом удержания части ранее выплаченного аванса в объеме и сроки, предусмотренные в договоре на оказание ГОБМП, путем перечисления денежных средств на расчетный счет субъекта ПМСП.

27. Формирование платежных документов осуществляется на основании ИС при выполнении ответственными лицами по ИС следующих функций:

в ИС "АПП":

1) заказчик в модуле "Платежная система":

вводит и подтверждает договоры на оказание ГОБМП, заключенные с субъектами ПМСП;

формирует следующие платежные документы на отчетный период:

протокол исполнения договора на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи субъектом первичной медико-санитарной помощи по форме согласно приложению 5 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора ПМСП);

акт выполненных работ (услуг), оказанных в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи субъектом первичной медико-санитарной помощи по форме согласно приложению 6 к настоящим Правилам (далее – акт выполненных работ (услуг) ПМСП);

2) лизингодатель вводит и подтверждает данные по заключенным с субъектом ПМСП договорам на использование медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга;

3) СИ вводит и подтверждает данные по субподрядчикам и оказываемым ими КДУ на основании электронного реестра;

4) субъект ПМСП:

ежедневно в модуле "Регистратура" вводит сведения по графику приема и расписание врачей, записи на прием к врачу, активы и вызова на дом, распределение поступивших направлений;

ежедневно в АИС "Поликлиника" осуществляет персонифицированную регистрацию оказанных амбулаторно-поликлинических услуг населению специалистами ПМСП и КДП на основе следующих форм первичной медицинской документации: форма № 025/у, форма № 025-5/у, форма 025-9/у, форма 025-8у, форма 025-07у;

ежедневно в модуле "Банк направлений" вводит внешние направления на КДУ по форме 001-4/у, утвержденной приказом № 907;

в модуле "Платежная система":

вводит и подтверждает данные по заключенным договорам субподряда не позднее трех рабочих дней со дня его заключения;

вводит данные по количеству КДУ, оказанных на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга, в лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга, по форме согласно приложению 7 к настоящим Правилам;

формирует за отчетный период счет-реестр за оказание АПП в рамках ГОБМП прикрепленному населению субъекта ПМСП по форме согласно приложению 8 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр субъекта ПМСП),

формирует платежные документы по субподрядчику на отчетный период согласно параграфу 7 раздела 2 настоящих Правил:

протокол исполнения договора субподряда на оказание КДУ в рамках ГОБМП прикрепленному населению субъекта ПМСП;

акт выполненных работ (услуг), оказанных КДУ в рамках ГОБМП по договору субподряда прикрепленному населению субъекта ПМСП;

вводит данные за отчетный период на основании первичной финансовой документации в срок до 30 числа месяца, следующего за отчетным периодом (за декабрь – до 25 декабря) и по результатам ввода формирует следующие отчеты за предыдущий отчетный период:

информация о структуре доходов при оказании амбулаторно- поликлинической помощи субъектом здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 9 к настоящим Правилам;

информация о структуре расходов при оказании амбулаторно- поликлинической помощи субъектом здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 10 к настоящим Правилам;

информация о дифференцированной оплате труда работников по форме согласно приложению 11 к настоящим Правилам;

информация о повышении квалификации и переподготовке кадров по форме согласно приложению 12 к настоящим Правилам.

28. По результатам ввода в ИС данные становятся доступными заказчику, УЗ, КОМУ и ТД КОМУ, ККМФД и ТД ККМФД, субъекту мониторинга и анализа ГОБМП, СИ, лизингодателю, научно-исследовательским организациям для ежедневного мониторинга, анализа и оценки, для принятия управленческих решений заказчиком в рамках их компетенций.

29. Размер СКПН определяется администратором на основании пункта 5 статьи 35 Кодекса о здоровье и является единым на территории Республики Казахстан.

30. Эффективность использования средств СКПН, выделенных на стимулирование работников ПМСП за достижение индикаторов конечного результата деятельности субъектов здравоохранения, оказывающих ПМСП (далее – индикаторы конечного результата), обеспечивается следующими участниками при выполнении ими функций, определенных пунктами 32 и 33 настоящих Правил (далее – участники):

1) субъекты ПМСП;

2) субъекты села;

3) заказчик в лице УЗ;

4) ККМФД и ТД ККМФД;

5) КОМУ и ТД КОМУ;

6) СИ;

7) субъект мониторинга и анализа ГОБМП;

8) научно-исследовательские организации, осуществляющие мониторинг индикаторов процесса с целью обеспечения достижения индикаторов конечного результата.

31. Функции участников при проведении мониторинга за обеспечением эффективного использования ресурсов, выделенных на стимулирование работников ПМСП за достижение индикаторов конечного результата:

1) КОМУ и ТД КОМУ:

оценка формирования в ДКПН расчетов значений индикаторов и сумм СКПН согласно Методике формирования тарифов;

мониторинг за своевременным перечислением сумм СКПН УЗ субъектам ПМСП и субъектам села;

мониторинг за своевременной выплатой сумм СКПН субъектами ПМСП и субъектами села их работникам;

мониторинг и оценка распределения сумм СКПН работникам ПМСП по итогам достигнутых индикаторов конечного результата за отчетный период в соответствии с приказом № 429 на основании данных в ДКПН, в том числе с выходом в субъект ПМСП и субъект села;

2) ККМФД и ТД ККМФД:

мониторинг индикаторов процесса деятельности субъекта ПМСП и субъект села, влияющих на значения индикаторов конечного результата, на основании данных в ДКПН в соответствии с приказом № 429;

3) УЗ:

реализация системы СКПН на уровне региона;

координация деятельности участников процесса на уровне региона;

контроль за целевым использованием средств СКПН субъектами ПМСП и субъектами села;

мониторинг и контроль за полным распределением в ДКПН случаев, влияющих на значения индикаторов конечного результата деятельности субъектов ПМСП и субъектов села и случаев, представленных ККМФД;

мониторинг и контроль за размещением в ДКПН данных по индикаторам процесса деятельности субъектов ПМСП и субъектов села в разрезе каждого участка;

мониторинг и контроль за распределением сумм СКПН работникам ПМСП субъектов ПМСП и субъектов села в соответствии с приказом № 429, в том числе с выходом в субъект ПМСП и субъект села;

участие в разработке и внесении предложений по совершенствованию системы СКПН;

рассмотрение обращений граждан, субъектов ПМСП и субъектов села по вопросам СКПН;

4) субъекты ПМСП и субъекты села:

повышение качества оказания ПМСП;

принятие управленческих решений по совершенствованию системы непрерывного повышения качества оказания ПМСП;

утверждение индикаторов процесса деятельности субъекта ПМСП, влияющих на значения индикаторов конечного результата;

обеспечение своевременной выплаты сумм СКПН работникам ПМСП в соответствии с приказом № 429.

32. Функции участников по обеспечению качественного и своевременного формирования платежных документов на оплату СКПН субъектам ПМСП и субъектам села в информационных системах:

в ИС "СУКМУ":

ТД ККМФД:

вводит данные по обращениям физических лиц (жалоб) среди прикрепленного населения на деятельность ПМСП с указанием их обоснованности в разрезе субъектов ПМСП, в срок не позднее трех рабочих дней после отчетного периода;

формирует за отчетный период по результатам ввода данных отчет по случаям обоснованных обращений физических лиц (жалоб) на деятельность субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, по форме согласно приложению 13 к настоящим Правилам для предоставления на комиссию по оплате услуг в срок не позднее четырех рабочих дней после отчетного периода;

в ИС "ДКПН":

1) КОМУ:

вводит и подтверждает данные по утвержденным плановым годовым суммам СКПН и численности населения на текущий финансовый год по каждому региону на основании согласованных данных на текущий финансовый год бюджетных программ в порядке, определенном приказом Министра национальной экономики Республики Казахстан от 30 декабря 2014 года № 195 "Об утверждении Правил разработки и утверждения (переутверждения) бюджетных программ (подпрограмм) и требований к их содержанию" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов № 10176) (далее – бюджетная программа);

подтверждает ежемесячное распределение заказчиком годовой суммы СКПН в соответствии с индивидуальным планом финансирования по платежам;

подтверждает установление целевого значения по каждому индикатору конечного результата УЗ на основании бюджетной программы;

ежемесячно в начале отчетного периода задает критерий распределения суммы СКПН свыше 150 тенге в расчете на 1 прикрепленного жителя: по населению; по населению и баллам; по населению, баллам и коэффициенту соответствия конкретного субъекта ПМСП комплексности оказания услуг ПМСП в рамках ГОБМП

2) УЗ:

вводит и подтверждает данные по индикаторам конечного результата для установления их целевого значения на уровне региона на основании бюджетной программы;

вносит до закрытия отчетного периода коррективы по отнесению спорных случаев, влияющих на значение индикаторов конечного результата (за исключением случаев материнской и детской смертности, жалоб), к конкретным субъектам ПМСП на основании протокольного решения комиссии по оплате услуг;

проводит до закрытия отчетного периода предварительный автоматизированный расчет значений индикаторов конечного результата и сумм СКПН в течение отчетного периода по региону в разрезе субъектов ПМСП;

подтверждает закрытие отчетного периода в срок не позднее десятого числа месяца следующего за отчетным периодом, после чего запрещаются любые изменения внесенных данных. Если в портале ДКПН имеются нераспределенные случаи по организациям прикрепления и участкам прикрепления, то закрытие периода невозможно;

при наличии в отчетном периоде факта превышения суммы СКПН в расчете на 1 прикрепленного жителя свыше 150 тенге по субъекту ПМСП, выбирает алгоритм распределения: принять к оплате в текущем отчетном месяце, перенести на следующий отчетный месяц, возратить в бюджет. При этом данный алгоритм применяется в течение одного квартала;

формирует итоги оценки достигнутых конечных результатов деятельности в разрезе субъектов ПМСП для вынесения на рассмотрение и утверждение комиссией по оплате услуг;

3) ККМФД и ТД ККМФД:

регистрирует за отчетный период по всем случаям материнской и детской (от 7 дней до 5 лет) смертности, за исключением несчастных случаев, в срок не позднее трех рабочих дней после отчетного периода:

сведения о предотвратимости случаев на уровне ПМСП и их участии в расчете суммы СКПН по результатам государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг;

сведения о случаях, не участвующих в расчете суммы СКПН в отчетном периоде в связи с незавершенным государственным контролем в сфере оказания медицинских услуг;

формирует по результатам ввода данных за отчетный период для предоставления на комиссию по оплате услуг в срок не позднее четырех рабочих дней после отчетного периода следующие отчеты :

по случаям материнской смертности на уровне ПМСП по форме согласно приложению 14 к настоящим Правилам;

по случаям детской (от 7 дней до 5 лет) смертности на уровне ПМСП по форме согласно приложению 15 к настоящим Правилам;

4) СИ:

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

ежемесячно обеспечивает корректную выгрузку данных в автоматизированном режиме в случае реализации сервиса взаимодействия или в ручном режиме при отсутствии данного сервиса из базы данных "Национальный регистр больных туберкулезом" не позднее 3 числа месяца, следующего за отчетным периодом;

формирует отчет по корректности и достоверности загрузки данных из информационных систем для расчета значений индикаторов и сумм стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива по форме согласно приложению 16 к настоящим Правилам для предоставления на комиссию по оплате услуг в срок не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным;

5) субъект ПМСП:

в срок не позднее одного рабочего дня, следующего за днем закрытия отчетного периода, УЗ вводит данные о суммах расходов, планируемых для направления на повышение квалификации работников ПМСП в размере не менее 5% от общей суммы СКПН, полученной по результатам расчетов за отчетный период;

подтверждает закрытие отчетного периода в срок не позднее трех рабочих дней за днем закрытия отчетного периода УЗ, после чего любые изменения внесенных данных невозможны, и осуществляет автоматизированный расчет значений индикаторов конечного результата и сумм СКПН работникам ПМСП в разрезе территориальных участков;

в случае отсутствия информации об участке прикрепления по конкретному случаю, влияющему на значение индикаторов конечного результата, вводит данные в портал РПН;

вводит сводные данные за отчетный месяц по результатам распределения сумм СКПН по стимулированию работников ПМСП в соответствии с приказом № 429 и формирует отчет по распределению сумм стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива работникам субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, по форме согласно приложению 17 к настоящим Правилам в срок до 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом;

6) Заказчик:

вводит и подтверждает данные помесячного распределения годовой суммы СКПН на уровне региона, в соответствии с индивидуальным планом финансирования по платежам;

снимает подтверждение закрытия отчетного периода, выполненное УЗ, до закрытия отчетного периода субъектами ПМСП в случае выявления несоответствий или некорректных действий участников, влияющих на расчет значений индикаторов конечного результата и сумм СКПН;

осуществляет выгрузку данных автоматизированного расчета значений индикаторов конечного результата и сумм СКПН на оплату в ИС "АПП";

перечисляет сумму СКПН субъектам ПМСП и субъектам села по итогам оценки достигнутых индикаторов конечного результата за отчетный период на основании решения комиссии по оплате услуг.

Параграф 2. Возмещение затрат за оказание консультативно-диагностических услуг

33. Возмещение затрат за оказание КДУ в рамках ГОБМП осуществляется с учетом результатов качества и объема медицинской помощи в соответствии с тарификатором за счет:

средств местного бюджета, включая ЦТТ, выделенные из республиканского бюджета, субъектам здравоохранения, оказывающим КДУ (далее – местные субъекты КДУ);

средств республиканского бюджета организациям республиканского значения, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь в форме КДП (далее – республиканские организации КДУ).

34. Возмещение затрат за оказание КДУ в рамках ГОБМП местным субъектам КДУ и республиканским организациям КДУ осуществляется заказчиком с участием ККМФД и ТД ККМФД, КОМУ и ТД КОМУ, лизингодателя и СИ.

35. Заказчик устанавливает сроки (даты) отчетного периода.

Подраздел 1. Возмещение затрат за оказание КДУ в рамках ГОБМП за счет средств местного бюджета, включая ЦТТ

36. Местный субъект КДУ ежедневно осуществляют учет данных по количеству оказанных консультативно-диагностических услуг (далее – количественный учет услуг).

37. Местный субъект КДУ в срок не позднее одного рабочего дня месяца, следующего за отчетным периодом, формирует и передает заказчику счет-реестр за оказанные консультативно-диагностические услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств местного бюджета, включая ЦТТ, по форме согласно приложению 18 к настоящим Правилам (далее – счет реестр).

38. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств, указанных в договоре, заказчик принимает счет-реестр позднее установленного срока согласно пункта 37 настоящих Правил.

39. Заказчик формирует протокол исполнения договора на оказание ГОБМП за счет средств местного бюджета, включая ЦТТ, по форме согласно приложению 19 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора) на основании:

подписанного местным субъектом КДУ счет-реестра;

результатов контроля качества и объема за оказанные КДУ местным субъектом КДУ (при их наличии), проведенного ТД ККМФД и заказчиком по перечню случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично, по результатам контроля качества и объема оказанной амбулаторно – поликлинической помощи (первичной медико - санитарной и консультативно – диагностической).

Протокол исполнения договора рассматривается и подписывается комиссией по оплате услуг.

40. Заказчик на основании протокола исполнения договора составляет акт выполненных работ (услуг), оказанных в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств местного бюджета, включая целевые текущие трансферты, в двух экземплярах по форме согласно приложению 20 к настоящим Правилам (далее – акт выполненных работ (услуг), который подписывается обеими сторонами, один экземпляр которого передается местному субъекту КДУ.

41. Заказчиком оплата по подписанным актам выполненных работ (услуг) осуществляется не позднее 10 календарных дней после отчетного периода (декабрь – до 25 числа) с учетом удержания части ранее выплаченного аванса в объеме и сроки, предусмотренные в договоре на оказание ГОБМП, путем перечисления денежных средств на расчетный счет местного субъекта КДУ.

Подраздел 2. Возмещение затрат за оказание КДУ в рамках ГОБМП за счет средств республиканского бюджета республиканским организациям КДУ

42. Республиканские организации КДУ в ИС "АИС-КДУ":

осуществляют ввод и подтверждение данных по формам первичной медицинской документации организаций здравоохранения на основе формы 025-9/у,;

формируют реестр оказанных населению консультативно-диагностических услуг (далее – реестр услуг КДУ) по форме согласно приложению 21 к настоящим Правилам.

43. Республиканские организации КДУ на основании данных АИС-КДУ ежемесячно в срок не позднее одного рабочего дня, следующего за отчетным периодом, формируют и передают заказчику подписанный руководителем счет-реестр за оказанные консультативно-диагностические услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств республиканского бюджета по форме согласно приложению 21 к настоящим Правилам.

44. Заказчик формирует протокол исполнения договора на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств республиканского бюджета, по форме согласно приложению 22 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора) на основании:

подписанного республиканской организацией КДУ счет-реестра;

подписанного заказчиком акта сверки по результатам контроля объема за оказанные консультативно-диагностические услуги, оплата которых осуществляется за счет средств республиканского бюджета, по форме согласно приложению 23 к настоящим Правилам, составленного на основании перечня случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично,

по результатам контроля качества и объема оказанной консультативно – диагностической помощи, оплата которой осуществляется за счет средств республиканского бюджета согласно приложению 24 к настоящим Правилам (далее – перечень согласно приложению 24 к настоящим Правилам);

результатов контроля качества и объема за оказанные КДУ республиканской организацией КДУ (при их наличии), проведенного ТД ККМФД по перечню согласно приложению 24 к настоящим Правилам.

Протокол исполнения договора рассматривается и подписывается комиссией по оплате услуг.

45. Заказчик на основании протокола исполнения договора составляет акт выполненных работ (услуг), оказанных в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в форме консультативно-диагностической помощи, оплата которой осуществляется за счет средств республиканского бюджета, по форме согласно приложению 25 к настоящим Правилам, в двух экземплярах, подписываемые обеими сторонами, один экземпляр которого передается республиканской организации КДУ.

46. Заказчиком оплата по подписанным актам выполненных работ (услуг) осуществляется не позднее 10 календарных дней после отчетного периода (декабрь – до 25 числа) с учетом удержания части ранее выплаченного аванса в объеме и сроки, предусмотренные в договоре на оказание ГОБМП, путем перечисления денежных средств на расчетный счет республиканской организации КДУ.

Параграф 3. Возмещение затрат за оказание услуг скорой медицинской помощи в рамках ГОБМП за счет средств местного бюджета

47. Возмещение затрат за оказание услуг скорой медицинской помощи в рамках ГОБМП за счет средств местного бюджета осуществляется с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи по тарифу за один вызов скорой медицинской помощи.

48. Возмещение затрат за оказание скорой медицинской помощи в рамках ГОБМП субъектам здравоохранения, оказывающим услуги скорой медицинской помощи в рамках ГОБМП (далее – субъект скорой помощи), осуществляется заказчиком с участием ККМФД и ТД ККМФД, СИ.

49. Заказчик устанавливает сроки (даты) отчетного периода.

50. Субъект скорой помощи в срок не позднее одного рабочего дня месяца, следующего за отчетным периодом, формирует и передает заказчику подписанный руководителем счет-реестр за оказание услуг скорой медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств местного бюджета по форме согласно приложению 26 к настоящим Правилам.

51. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств, указанных в договоре, заказчик принимает счет-реестр позднее установленного срока.

52. Заказчик формирует протокол исполнения договора на оказание услуг скорой медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств местного

бюджета, по форме согласно приложению 27 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора) на основании:

подписанного субъектом скорой помощи счета-реестра;

результатов контроля качества и объема за оказанные услуги субъектом скорой помощи (при их наличии), проведенного ТД ККМФД и заказчиком по перечню случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично, по результатам контроля качества и объема оказанной скорой медицинской помощи согласно приложению 28 к настоящим Правилам.

Протокол исполнения договора рассматривается и подписывается комиссией по оплате услуг.

В случае внесения изменений и дополнений в протокол исполнения договора, комиссией по оплате услуг составляется и подписывается приложение к указанному протоколу.

53. Заказчик на основании протокола исполнения договора составляет акт выполненных работ (услуг), оказанных услуг скорой медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств местного бюджета по форме согласно приложению 29 к настоящим Правилам в двух экземплярах, который подписывается обеими сторонами, один экземпляр которого передается субъекту скорой помощи.

54. Заказчиком оплата по подписанным актам выполненных работ (услуг) осуществляется не позднее 10 календарных дней после отчетного периода (декабрь – до 25 числа) с учетом удержания части ранее выплаченного аванса в объеме и сроки, предусмотренные в договоре на оказание ГОБМП, путем перечисления денежных средств на расчетный счет субъекту скорой помощи.

Параграф 4. Возмещение затрат за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи в рамках ГОБМП

55. Возмещение затрат за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи в рамках ГОБМП осуществляется с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи за счет средств:

1) республиканского бюджета:

гражданам Республики Казахстан и оралманам согласно подраздела 1 параграфа 4 раздела 2 настоящих Правил;

пациентам, претендующим на лечение за рубежом в соответствии с перечнем заболеваний и перечнем отдельных категорий граждан, лечение которым осуществлялось в условиях отечественных медицинских организаций согласно подраздела 2 параграфа 4 раздела 2 настоящих Правил;

2) местного бюджета, включая ЦТТ, согласно подраздела 3 параграфа 4 раздела 2 настоящих Правил.

56. Оплата за один пролеченный случай дневного стационара составляет 1/4 от тарифа за один пролеченный случай стационарной помощи, кроме пролеченных случаев, оплата по которым предусмотрена в пунктах 98, 99, 100,101 и 102 настоящих Правил.

57. Оплата за один пролеченный случай стационара на дому составляет 1/6 от тарифа за один пролеченный случай стационарной помощи.

Подраздел 1. Возмещение затрат за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи в рамках ГОБМП гражданам Республики Казахстан и оралманам за счет средств республиканского бюджета

58. Возмещение затрат за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи гражданам Республики Казахстан и оралманам за счет средств республиканского бюджета осуществляется с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи по следующим видам медицинской помощи специализированная, высокоспециализированная, медико-социальная, которые оказываются в следующих формах:

1) стационарная помощь и стационарозамещающая помощь, включая оказание медицинскими организациями республиканского значения медицинских услуг больным психическими, инфекционными заболеваниями, туберкулезом, алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, в реабилитационных центрах, санаториях;

2) восстановительное лечение и медицинская реабилитация.

59. Возмещение затрат за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи гражданам Республики Казахстан и оралманам за счет средств республиканского бюджета субъектам здравоохранения, оказывающим стационарную и стационарозамещающую медицинскую помощь (далее – медицинская организация РБ), осуществляется заказчиком в лице ТД КОМУ с участием КОМУ, ККМФД и ТД ККМФД, СИ, субъекта мониторинга и анализа ГОБМП и лизингодателя.

60. Возмещение затрат осуществляется по тарифам, утвержденным администратором бюджетных программ согласно пункту 5 статьи 35 Кодекса о здоровье, за один пролеченный случай:

по расчетной средней стоимости;

по КЗГ с учетом коэффициента затратоемкости;

по койко-дням;

по медико-экономическим тарифам;

по фактическим расходам по перечню заболеваний, операций и манипуляций.

61. В случаях внутрибольничного перевода оплата за лечение пациента осуществляется как за один пролеченный случай.

62. Медицинская организация РБ ежедневно осуществляет ввод и подтверждение данных, в том числе выписного эпикриза в ЭРСБ не позднее одного рабочего дня, следующего за выбытием пациента из стационара, по формам первичной медицинской документации на основе следующих медицинских карт: форма 003/у, форма 003-2/у, форма 096/у, форма 097/у (далее – медицинские карты).

При оказании медицинской услуги с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга, медицинская организация РБ в формах первичной медицинской документации организаций здравоохранения, утвержденных Уполномоченным органом, проставляет девятизначный код медицинской техники. Данные формы первичной медицинской документации вкладываются в медицинские карты и в соответствующих полях ЭРСБ осуществляется ввод данных об использовании медицинской техники.

После подтверждения правильности ввода данные в ЭРСБ не подлежат корректировке, за исключением случаев ввода результатов гистологических и патоморфологических исследований.

63. По результатам ввода не позднее одного рабочего дня после дня выписки из стационара формируются статистическая карта выбывшего из стационара (формы 066/у, 066-1/у, 066-2/у, 066-3/у, 066-4/у) и выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного (форма 027/у), форма 025-9/у, утвержденные приказом № 907.

64. Медицинская организация РБ на основании данных ЭРСБ ежемесячно в срок не позднее одного рабочего дня, следующего за отчетным периодом, формирует и передает заказчику по оказанным услугам:

счет-реестр медицинской организации за оказанные медицинские услуги по специализированной медицинской помощи в рамках ГОБМП, оплата которой осуществляется за счет средств республиканского бюджета, по форме согласно приложению 30 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр);

счет-реестр медицинской организации за оказанные медицинские услуги по высокоспециализированной медицинской помощи в рамках ГОБМП, оплата которой осуществляется за счет средств республиканского бюджета, по форме согласно приложению 31 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр);

Счет-реестр за январь текущего года осуществляется с учетом случаев и лизинговых платежей, не вошедших в счет-реестр с 1 декабря предыдущего года.

65. В случае превышения медицинской организацией РБ, оказывающей ГОБМП в виде специализированной медицинской помощи в форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи, месячной суммы, предусмотренной договором на оказание ГОБМП без учета контроля качества и объема медицинской помощи, возмещение затрат осуществляется по решению Комиссии по оплате услуг с применением Линейной шкалы согласно приложению 32 к настоящим Правилам.

66. Линейная шкала не применяется:

к областным и городским организациям родовспоможения;

к многопрофильным стационарам, оказывающим услуги родовспоможения с долей родовспоможения 45% и выше от пролеченных случаев;

к стационарам, в том числе республиканским организациям, оказывающим медицинские услуги детям до одного года с долей детей до одного года 45% и более от пролеченных случаев;

к стационарам, в том числе республиканским организациям, оказывающим медицинские услуги детям до одного года и услуги родовспоможения с совокупной долей детей до одного года и услуг родовспоможения 45% и более от пролеченных случаев;

на услуги гемодиализа и перитонеального диализа, оказанные по форме стационарозамещающей медицинской помощи;

на медицинские услуги детям с онкологическими заболеваниями, оплата по которым осуществляется согласно пункта 96 настоящих Правил;

на услуги, предоставляемые медицинскими организациями республиканского значения, оказывающие медицинскую помощь онкологическим больным и больным с заболеванием туберкулеза.

67. Расчет суммы возмещения за оказанные медицинские услуги медицинской организации РБ, оказывающей ГОБМП с применением Линейной шкалы (далее – сумма возмещения) осуществляется без учета контроля качества и объема медицинской помощи в следующей последовательности:

1) определяется сумма превышения для применения линейной шкалы, которая рассчитывается как разница предъявленной суммы по счету-реестру за оказанные медицинские услуги (далее – предъявленная сумма), сформированной исходя из последовательности регистрации пролеченных случаев по дате их подтверждения в ЭРСБ, от плановой суммы (далее – сумма превышения).

С момента образования суммы превышения фактическая сумма формируется по пролеченным случаям, которые привели к превышению плановой суммы, по стоимости за один пролеченный случай с применением поправочного коэффициента равного 1,0.

В случае если сумма, образовавшаяся в момент превышения плановой суммы, составляет 51% и более от стоимости пролеченного случая, с которого начинается превышение плановой суммы, то стоимость данного пролеченного случая формируется с применением поправочного коэффициента равного 1,0;

2) определяется процент превышения расчетной суммы превышения к плановой сумме (далее – процент превышения);

3) определяется сумма превышения к возмещению следующим образом:

в случае, если сумма превышения составляет 105% и ниже, то сумма возмещения рассчитывается путем умножения суммы превышения и процента возмещения, соответствующего проценту превышения согласно приложению 32 к настоящим Правилам;

в случае, если сумма превышения выше 105%, то сумма возмещения рассчитывается в два этапа : определяется сумма превышения до 105% и сумма превышения свыше 105%, каждая из которых умножается на процент возмещения согласно приложению 32 к настоящим Правилам. Итоговая сумма возмещения определяется путем суммирования суммы превышения до 105% и суммы превышения свыше 105%;

4) определяется сумма к возмещению, рассчитываемая путем суммирования плановой суммы и суммы превышения к возмещению.

68. По результатам контроля качества и объема, по перечню случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично, по результатам контроля качества и объема оказанной стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи из средств республиканского бюджета (далее – Перечень) согласно приложению 33 к настоящим Правилам, в СУКМУ формируются:

перечень случаев госпитализации за отчетный период, подлежащих оплате, согласно приложению 34 к настоящим Правилам;

перечень случаев госпитализации за отчетный период, подлежащих контролю объема, согласно приложению 35 к настоящим Правилам;

перечень случаев, подлежащих контролю качества, согласно приложению 36 к настоящим Правилам;

перечень летальных случаев за отчетный и предыдущие периоды, подлежащих контролю, по форме согласно приложению 37 к настоящим Правилам за отчетный и предыдущие периоды.

69. По результатам ежедневной оценки 20 % пролеченных случаев, подлежащих оплате с автоматической выборкой случаев и случаев, подлежащих контролю качества случаев осложнений, в том числе послеоперационных, с исходами заболевания "ухудшение", "без перемен", проведенной СИ, в СУКМУ формируются:

перечни случаев госпитализации, прошедших оценку субъекта информатизации в сфере здравоохранения, подлежащих контролю качества и объема ТД ККМФД, за исключением случаев с летальными исходами, согласно приложению 38 к настоящим Правилам;

перечни случаев госпитализации, прошедших оценку субъекта информатизации в сфере здравоохранения, подлежащих контролю объема, согласно приложению 39 к настоящим Правилам.

Электронные варианты данных перечней доступны ТД КОМУ и ТД ККМФД.

70. По результатам контроля качества и на основании экспертных заключений по летальным исходам ежемесячно в срок не позднее одного рабочего дня, следующего за отчетным периодом, проведенного ТД ККМФД, в СУКМУ формируются:

перечень случаев госпитализации за отчетный период, прошедших контроль качества и объема ТД ККМФД после оценки субъекта информатизации в сфере здравоохранения, за исключением случаев с летальными исходами, по форме согласно приложению 40 к настоящим Правилам;

перечень случаев летальных исходов за отчетный и предыдущие периоды, прошедших контроль ТД ККМФД, по форме согласно приложению 41 к настоящим Правилам;

перечень случаев за отчетный и предыдущие периоды, выявленные ТД ККМФД по результатам выборочных, внеплановых проверок и иных форм контроля, не подлежащих оплате, в том числе частично, по форме согласно приложению 42 к настоящим Правилам.

ТД ККМФД по случаям, направленным на судебно-медицинскую экспертизу, результаты контроля качества представляют заказчику по ее завершению в срок не более двух месяцев от даты летального исхода.

71. По результатам контроля объема, проведенного заказчиком, на основе экспертизы пролеченных случаев по результатам автоматизированной выборки из ЭРСБ в соответствии с перечнем случаев, не подлежащих оплате, в том числе частично, и экспертизы 10% пролеченных случаев, подлежащих оплате с выборкой методом случайного отбора, в СУКМУ формируются:

перечень случаев госпитализации за отчетный период, прошедших контроль объема после оценки субъекта информатизации в сфере здравоохранения, по форме согласно приложению 43 к настоящим Правилам;

перечень случаев госпитализации за отчетный период, прошедших контроль объема, за исключением случаев, прошедших контроль качества, по форме согласно приложению 44 к настоящим Правилам за отчетный период;

перечень случаев госпитализации за отчетный и прошедшие периоды, по которым проведен контроль объема по результатам анализа исполнения условий договора на оказание ГОБМП, по форме согласно приложению 45 к настоящим Правилам;

акт контроля объема медицинских услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно приложению 46 к настоящим Правилам.

72. По результатам контроля объема и качества пролеченных случаев, осуществленного всеми участниками процесса, заказчик в СУКМУ формирует:

перечень случаев госпитализации, подлежащих и не подлежащих оплате, в том числе частично по результатам контроля объема всеми участниками по форме согласно приложению 47 к настоящим Правилам.

перечень случаев госпитализации подлежащих и не подлежащих оплате, в том числе частично, по результатам контроля качества и объема всеми участниками по форме согласно приложению 48 к настоящим Правилам.

73. Заказчик в СУКМУ по результатам контроля качества и объема услуг ГОБМП формирует сводный перечень случаев по результатам контроля качества и объема услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно приложению 49 к настоящим Правилам и представляет его на рассмотрение Комиссии по оплате услуг.

74. Сверка предъявленных к оплате медицинских услуг с подтверждающей медицинской документацией при анализе исполнения условий Договора Заказчиком осуществляется путем запроса медицинской документации или с выездом по месту нахождения медицинской организации РБ.

Запрос осуществляется по реестру направляемых медицинских карт стационарных больных для проведения сверки объема медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно приложению 50 к настоящим Правилам.

По результатам анализа составляется акт сверки исполнений условий договора на оказание ГОБМП, подписываемый руководителем медицинской организации РБ и должностными лицами заказчика, один экземпляр которого хранится у заказчика, второй – у медицинской организации РБ.

Лизингодатель по результатам ввода в СУКМУ данных о применении медицинской техники, приобретенной в лизинг, ежемесячно формирует Перечень случаев оказания медицинских услуг с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга по форме согласно приложению 51 к настоящим Правилам и передает в ТД ККМФД.

75. Заказчик в СУКМУ формирует:

1) протокол исполнения договора на оказание медицинских услуг по специализированной медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, оплата которой осуществляется за счет средств республиканского бюджета по форме согласно приложению 52 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора) на основании:

подписанного медицинской организацией РБ счет-реестра;

результатов расчета применения Линейной шкалы;

сводного перечня случаев по результатам контроля качества и объема услуг ГОБМП.

2) протокол исполнения договора на оказание медицинских услуг по высокоспециализированной медицинской помощи в рамках ГОБМП, оплата которой осуществляется за счет средств республиканского бюджета, по форме согласно приложению 53 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора) на основании:

подписанного медицинской организацией РБ счет-реестра;

сводного перечня случаев по результатам контроля качества и объема услуг ГОБМП.

76. Протокол исполнения договора рассматривается и подписывается Комиссией по оплате услуг. По письменному запросу медицинской организаций РБ заказчик предоставляет выписку из протокола.

Протокол за январь текущего года формируется с учетом пролеченных случаев и лизинговых платежей, не вошедших в счет-реестр с 1 декабря предыдущего года.

77. Заказчик на основании протокола исполнения договора составляет:

акт выполненных работ (услуг), оказанных по специализированной медицинской помощи в рамках ГОБМП, оплата которой осуществляется за счет средств республиканского бюджета по форме согласно приложению 54 к настоящим Правилам (далее – акт выполненных работ (услуг));

акт выполненных работ (услуг), оказанных по высокоспециализированной медицинской помощи в рамках ГОБМП, оплата которой осуществляется за счет средств республиканского бюджета по форме согласно приложению 55 к настоящим Правилам (далее – акт выполненных работ (услуг)).

Акт выполненных работ (услуг) составляется в двух экземплярах и подписывается обеими сторонами, один экземпляр которого передается в медицинскую организацию РБ.

78. Заказчик оплату по подписанным актам выполненных работ (услуг) осуществляет в течение 10 календарных дней со дня окончания отчетного периода с учетом удержания части ранее выплаченного аванса в объеме и в сроки, предусмотренные в договоре на оказание ГОБМП, путем перечисления средств на расчетный счет медицинской организации РБ.

79. Оплата за случаи оказания медицинской помощи в рамках ГОБМП в соответствии с договором на оказание ГОБМП, не принятые к оплате в течение действия договора на оказание ГОБМП в связи с проведением контроля качества, а также не вошедшие в счет-реестр с 1 декабря года, в котором действует договор на оказание ГОБМП, до даты окончания срока действия договора на оказание ГОБМП, производится в году, следующем за годом действия договора на оказание ГОБМП.

80. Лекарственные средства, изделия медицинского назначения (далее – ИМН) и расходные материалы, включенные в стоимость пролеченного случая или возмещаемые по фактическим затратам, которые приобретены медицинской организацией РБ за счет ЦТТ, а также полученные за счет спонсорства, добровольных пожертвований и иных безвозмездных поступлений, не подлежат оплате за счет средств республиканского бюджета.

Медицинская организация РБ до завершения отчетного периода информирует заказчика об использовании данных лекарственных средств, ИМН и расходных материалов в пролеченном случае, которые подлежат снятию из средств, предъявленных на оплату за счет средств республиканского бюджета.

81. Медицинские организации РБ в срок до 30 числа месяца, следующего за отчетным периодом (за отчетный период ноябрь – в срок до 25 декабря и за отчетный период декабрь – в срок до 15

января, следующего за отчетным периодом), вносят в ЭРСБ и предоставляют заказчику следующие отчеты:

информация о структуре расходов за оказанные медицинские услуги по форме согласно приложению 56 к настоящим Правилам;

информация о дифференцированной оплате работников по форме согласно приложению 57 к настоящим Правилам;

информация о распределении плановой суммы аванса на оказание медицинских услуг по форме согласно приложению 58 к настоящим Правилам;

информация о повышении квалификации и переподготовке кадров по форме согласно приложению 59 к настоящим Правилам.

Заказчик на основании информации, предоставленной медицинской организацией РБ, производит сверку данных, со сведениями, внесенными в ЭРСБ.

В случае отсутствия в ЭРСБ информации, предусмотренной настоящим пунктом, оплата за текущий отчетный период не производится до введения указанных данных.

82. По перечню диагнозов, которые согласно международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра (далее – МКБ-10) не являются основным диагнозом и исключены из Перечней КЗГ согласно приложению 60 к настоящим Правилам, оплата не осуществляется.

83. Кратковременное (до трех суток включительно) пребывание больного в круглосуточном стационаре, связанное с переводом, самовольным уходом пациента, оплачивается по фактически проведенным койко-дням от стоимости КЗГ основного диагноза или операции.

В случае непредотвратимых летальных исходов при краткосрочном пребывании (до трех суток включительно) оплата производится в размере 50% от стоимости КЗГ основного диагноза или операции.

В случае сокращения сроков пребывания пролеченных случаев с применением усовершенствованных технологий диагностики и лечения, оплата осуществляется по полному тарифу КЗГ основного диагноза или операции.

84. По перечню случаев, подлежащих оплате за фактически понесенные расходы, либо по перечню случаев, подлежащих оплате по стоимости КЗГ с дополнительным возмещением затрат, согласно приложению 61 к настоящим Правилам возмещение осуществляется по фактически понесенным расходам либо с оплатой пролеченного случая по КЗГ основного диагноза или операции с дополнительным возмещением фактически понесенных затрат.

Оплата по фактически понесенным расходам осуществляется в случае применения перечня случаев, подлежащих оплате за фактически понесенные расходы. При этом оплата за операции

производится по фактическим расходам по следующим статьям расходов: заработная плата, социальный налог, питание, лекарственные средства, ИМН, медицинские услуги и коммунальные и прочие расходы. Коммунальные и прочие расходы при этом рассчитываются по фактическим затратам на коммунальные и прочие расходы медицинской организации РБ в предыдущем месяце в пересчете на одного больного.

Оплата за случаи с применением лекарственных средств, ИМН и медицинских услуг производится по КЗГ основного диагноза или операции и с дополнительным возмещением их стоимости (затрат) по утвержденным ценам.

85. Оплата за оказанные медицинские услуги по перечню республиканских медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в форме стационарной помощи, согласно приложению 62 к настоящим Правилам осуществляется соответственно за один койко-день, за пролеченные случаи по расчетной средней стоимости и медико-экономическим тарифам.

86. Медицинским организациям РБ, оплата которым за пролеченные случаи осуществляется по расчетной средней стоимости, в случаях обоснованного сокращения длительности лечения, оплата производится по тарифу за один пролеченный случай, расчет которого осуществляется за фактические койко-дни по средней стоимости одного койко-дня, при этом стоимость одного койко-дня определяется путем деления стоимости тарифа за один пролеченный случай на определенное плановое количество койко-дней.

87. Оплата за услуги гемодиализа в условиях круглосуточного стационара больным с хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии производится по КЗГ основного диагноза или операции и с возмещением стоимости оказанных сеансов. При этом, диагноз хронической почечной недостаточности в терминальной стадии является основным или сопутствующим диагнозом.

Оплата за услуги гемодиализа в условиях круглосуточного стационара при тяжелых случаях заболеваний, осложненных острой почечной недостаточностью, которая не купировалась медикаментозной терапией, производится по КЗГ основного диагноза или операции и с возмещением стоимости оказанных сеансов.

Оплата за услуги альбуминового и перитонеального диализов в условиях круглосуточного стационара производится по КЗГ основного диагноза или операций и с возмещением стоимости оказанных сеансов.

Медицинской организации РБ возмещаются затраты на расходные материалы, выданные пациенту для самостоятельного проведения перитонеального диализа на дому по накладной, прикрепленной в сканированном виде в ЭРСБ.

88. В условиях круглосуточного стационара осложненное течение беременности и родов оплачиваются по стоимости КЗГ основного диагноза или операции с возмещением фактических затрат на дорогостоящие лекарственные средства, ИМН и услуги с учетом принципов регионализации в соответствии с перечнем диагнозов (патологии) МКБ-10 по родовспоможению, подлежащих оплате по стоимости КЗГ с возмещением фактических затрат на лекарственные средства и ИМН согласно приложению 63 к настоящим Правилам.

89. В условиях круглосуточного стационара тяжелые болезни новорожденных оплачиваются по стоимости КЗГ основного диагноза или операции с возмещением фактических затрат на дорогостоящие лекарственные средства и ИМН с учетом принципов регионализации в соответствии с перечнем диагнозов (патологии) МКБ-10 по перинатологии, подлежащих оплате по стоимости КЗГ с возмещением фактических затрат на лекарственные средства и ИМН согласно приложению 64 к настоящим Правилам.

90. Заказчик в случае неэффективности проводимой терапии в условиях круглосуточного стационара и обоснованного оказания больному по жизненным показаниям дополнительных услуг, не входящих в условия настоящих правил, возмещает данные дополнительные затраты на пролеченный случай через функционал "иные выплаты и вычеты" после письменного согласования с КОМУ.

Заказчик в срок не позднее 2 числа следующего за отчетным периодом направляет запрос в КОМУ с приложением следующих документов:

письменное обращение медицинской организации РБ с приложением документов, подтверждающих предъявленные затраты за оказание больному дополнительных услуг, не входящих в условия настоящих правил;

акт сверки, подписанный первым руководителем заказчика и медицинской организации РБ;

решение комиссии об обоснованности оказания больному дополнительных услуг, не входящих в условия настоящих правил.

91. При первичном установлении диагноза онкологических заболеваний и туберкулеза в непрофильных стационарах оплата за пролеченный случай осуществляется по стоимости соответствующих КЗГ основного диагноза или операции.

92. В условиях круглосуточного стационара медицинской организацией РБ, оказывающей медицинские услуги онкогематологическим больным, оплата за пролеченных больных, которым проведена химиотерапия производится по КЗГ основного диагноза или операций и с возмещением стоимости химиопрепаратов по фактическим затратам.

При применении тромболитических препаратов оплата производится по КЗГ основного диагноза или операции и с возмещением стоимости тромболитических препаратов.

93. При лечении острых форм онкогематологических заболеваний и депрессии кроветворения первичная госпитализация оплачивается по стоимости за пролеченный случай по КЗГ основного диагноза или операции с возмещением стоимости химиопрепаратов, последующие госпитализации оплачиваются в размере 30% от стоимости за пролеченный случай по КЗГ основного диагноза или операции с возмещением стоимости химиопрепаратов.

Медицинским организациям, применяющим высокодозную химиотерапию при лечении острых форм онкогематологических заболеваний и депрессии кроветворения, при последующих госпитализациях оплачивается в размере 3/4 суммы от стоимости КЗГ основного диагноза или операции с возмещением стоимости химиопрепаратов по фактическим затратам, кроме случаев проведения операции по трансплантации костного мозга.

Лечение больных с онкогематологическими заболеваниями, с проведением операции по трансплантации костного мозга, оплачивается по стоимости за пролеченный случай по КЗГ основного диагноза или операции с возмещением стоимости химиопрепаратов по фактическим затратам.

94. В условиях круглосуточного стационара медицинской организации РБ республиканского значения, оказывающей медицинские услуги онкологическим больным, оплата за пролеченных больных производится по КЗГ основного диагноза или операций и с возмещением стоимости химиотерапии, лучевой терапии, иммуногистохимического исследования.

95. При лечении цирроза и фиброза печени оплата производится по соответствующим КЗГ основного диагноза или операции и с дополнительным возмещением затрат в медицинских организациях РБ республиканского значения.

96. По перечню медицинских организаций РБ, оказывающих специализированную медицинскую помощь в форме стационарной помощи, оплата за оказание медицинских услуг детям с онкологическими заболеваниями на уровне круглосуточного стационара осуществляется в соответствии с медико-экономическими тарифами. При этом, возраст детей на момент первой госпитализации и начало курса лечения не должен достигать восемнадцати лет.

Медико-экономические тарифы включают стоимость лечения по блокам (схемам), длительность лечения и стоимость полного курса лечения конкретной нозологии, включая стационарозамещающую помощь.

Сумма возмещения за лечение конкретной нозологии не превышает стоимость полного курса лечения. При этом, возмещение затрат осуществляется поэтапно по блокам (схемам) курса лечения.

Если количество проведенных койко-дней составляет 50% и менее установленных сроков лечения одного блока (схемы) лечения, то возмещение производится с удержанием 30% от стоимости блока (схемы) лечения.

При необходимости наблюдения за детьми с онкологическими заболеваниями в перерыве лечения между блоками (схемами) лечения оплата осуществляется на уровне стационарозамещающей помощи.

При оказании реабилитации для детей с онкологическими заболеваниями поставщик по согласованию с заказчиком привлекает субподрядчиков путем передачи им части своих обязательств по оказанию ГОБМП и осуществлять оплату по тарифам, утвержденным согласно пункту 5 статьи 35 Кодекса о здоровье.

Для нозологий, имеющих этап амбулаторного лечения, лекарственные средства выдаются по завершению курса стационарного лечения, при этом, возмещение затрат за выданные пациенту лекарственные средства осуществляется на основании прикрепленной в сканированном виде в ЭРСБ накладной, за исключением лекарственных средств, входящих в Перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями (состояниями) и специализированными лечебными продуктами, утвержденный приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 ноября 2011 года № 786 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов № 7306).

97. Оплата по операциям по исправлению рефракционных свойств роговицы глаза в случаях проведения при астигматизмах 4,0 и более диоптрий, анизометропии 5,0 и более диоптрий, осуществляется в рамках ГОБМП.

98. Медицинской организации РБ, оказывающей стационарную медицинскую помощь в рамках ГОБМП, по перечню болезней по МКБ-10, подлежащих оплате по тарифу КЗГ при оказании услуг на уровне дневного стационара медицинской организацией, оказывающей стационарную медицинскую помощь в рамках ГОБМП согласно приложению 65 к настоящим Правилам, оплата за один пролеченный случай осуществляется по тарифу КЗГ стационарной помощи.

99. В условиях дневного стационара медицинским организациям РБ, оказывающим медицинские услуги онкологическим и онкогематологическим больным оплата производится:

за сеансы химиотерапии по тарифам в дневном стационаре за один пролеченный случай и с возмещением стоимости химиопрепаратов по фактическим затратам;

при оказании лучевой терапии по тарифам в дневном стационаре за один пролеченный случай и с возмещением стоимости фактически оказанных сеансов лучевой терапии в соответствии с тарификатором;

за сеансы химио и лучевой терапии по тарифам в дневном стационаре за один пролеченный случай и с возмещением стоимости химиопрепаратов по фактическим затратам и стоимости фактически оказанных сеансов лучевой терапии в соответствии с тарификатором.

Все сеансы химиотерапии и лучевой терапии на одного больного за отчетный период считаются как один пролеченный случай.

100. Оплата за услуги гемодиализа в условиях дневного стационара производится за фактически оказанные сеансы по стоимости, утвержденной в тарификаторе. Все сеансы одного больного за отчетный период считаются как один пролеченный случай, при этом тариф основного диагноза считать по нулевой ставке.

101. Оплата по перечню операций и манипуляций по МКБ-9 для преимущественного лечения в дневном стационаре согласно приложению 66 к настоящим Правилам производится в размере 3/4 суммы от стоимости КЗГ.

102. В случае проведения услуги "Коронарная ангиография" в условиях дневного стационара оплата производится в размере 1/2 суммы от стоимости КЗГ основного диагноза/операции.

Подраздел 2. Возмещение затрат за лечение пациента, претендующего на лечение за рубежом, в условиях отечественных медицинских организаций за счет средств республиканского бюджета

103. Возмещение затрат за лечение пациента, претендующего на лечение за рубежом, в условиях отечественных медицинских организаций за счет средств республиканского бюджета в

соответствии с перечнем заболеваний и перечнем отдельных категорий граждан осуществляется по тарифу по заболеванию.

При этом, размер данного тарифа по заболеванию соответствует стоимости, определяемой с учетом представленного Рабочим органом анализа случаев направления в зарубежные медицинские организации по данному заболеванию за последний отчетный финансовый год в порядке, определенном Правилами направления граждан на лечение за рубеж.

В случае отсутствия по данной нозологии направленных больных в зарубежные медицинские организации, тариф по заболеванию определяется на основании анализа ценовых предложений не менее двух зарубежных медицинских организаций, предоставляемого Рабочим органом, и программы лечения.

104. Заключение о направлении на лечение в отечественные медицинские организации пациента, претендующего на лечение за рубежом, принимается Комиссией по направлению на лечение за рубеж :

1) на основании документов, предоставленных в Рабочий орган, а также перечня заболеваний и перечня отдельных категорий;

2) с учетом заключения Рабочего органа о возможности проведения лечения пациента, претендующего на лечение за рубежом, в альтернативной отечественной медицинской организации;

3) при наличии у отечественной медицинской организации клинической базы, научных кадров: докторов, кандидатов медицинских наук, владеющих английским языком;

4) при условии оснащенности отечественной медицинской организации современным медицинским оборудованием для проведения высокотехнологичных методов диагностики и лечения согласно международным стандартам;

5) при наличии у отечественной медицинской организации телемедицинского комплекса для проведения телемедицинских консультаций с выходом на:

все региональные телемедицинские центры Республики Казахстан;

республиканские медицинские организации;

зарубежные медицинские организации.

105. Отечественные медицинские организации проводят лечение пациента, претендующего на лечение за рубежом, как самостоятельно, так и с привлечением зарубежных специалистов, в том числе в форме мастер-классов, по решению Комиссия по направлению на лечение за рубежом.

106. Решение об установлении тарифа по заболеванию, который определен Комиссией по направлению на лечение за рубежом на основании анализа ценовых предложений Рабочего органа, оформляется протоколом данной Комиссии по направлению на лечение за рубежом.

107. Возмещение затрат отечественным медицинским организациям за лечение пациента, претендующего на лечение за рубежом, за счет бюджетных средств осуществляется на основании заключения Комиссии по направлению на лечение за рубежом путем заключения уполномоченным органом договора с отечественной медицинской организацией на оказание медицинских услуг пациенту, претендующему на лечение за рубежом (далее – Договор).

108. Возмещение затрат отечественным медицинским организациям за лечение пациента, претендующего на лечение за рубежом, производится уполномоченным органом на основании акта выполненных работ, предоставленного отечественной медицинской организацией и копии счета-фактуры, которые составлены в произвольной форме.

Уполномоченный орган оплачивает аванс в размере 30% от общей суммы Договора в течении десяти рабочих дней со дня представления Договора.

Окончательное возмещение затрат осуществляется после представления отечественной медицинской организацией акта выполненных работ (услуг), оказанных в рамках ГОБМП (далее – Акт отечественной медорганизации) по форме согласно приложению 67 к настоящим Правилам.

109. Акт отечественной медорганизации предоставляется отечественными медицинскими организациями не позднее 10 календарных дней со дня выписки пациента.

110. Возмещение затрат за лечение пациента по оформленным Актам отечественной медорганизации производится в течение 15 календарных дней после предоставления путем перечисления бюджетных средств на расчетный счет отечественной медицинской организации с учетом удержания ранее выплаченного аванса.

111. Тариф определяется с учетом возмещения расходов, связанных с лечением пациента, в том числе заработная плата специалистов отечественной медицинской организации, принимавших участие в лечении пациента, претендующего на лечение за рубежом, а также затраты зарубежных специалистов (командировочные расходы и проведение операции, размер которой определяется договором между отечественной медицинской организацией и привлекаемыми зарубежными специалистами), привлекаемых для лечения пациента претендующего на лечение за рубежом. Размер оплаты труда привлекаемых зарубежных специалистов определяется договором между отечественной медицинской организации и привлекаемыми зарубежными специалистами.

112. При направлении пациента на трансплантацию костного мозга или стволовых гемопоэтических клеток (далее-ТКМ) Договор предусматривает поэтапное возмещение затрат за один пролеченный случай и включает:

- 1) Этап 1 - поиск донора:

оплата за запуск поиска 70%, уполномоченным органом заключается Договор с международным регистром по поиску донора для проведения необходимых исследований для поиска, подбора и активации донора в международном регистре доноров;

оплата по факту 30%, окончательное возмещение затрат осуществляется после доставки костного мозга для проведения ТКМ в отечественной медицинской организации.

2) Этап 2 – проведение ТКМ.

При нахождении донора в международном регистре доноров, уполномоченный орган заключает с отечественной медицинской организацией, Договор на проведение ТКМ.

113. При долгосрочном лечении пациента (на срок более одного месяца), отечественная медицинская организация предоставляет ежемесячный Акт отечественной медицинской организации в уполномоченный орган в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом, за декабрь месяц – до 20 декабря текущего года.

114. Уполномоченный орган оплачивает отечественной медицинской организации аванс по лечению пациента, претендующего на лечение за рубежом, в размере до 30 % от общей суммы Договора.

Окончательное возмещение затрат осуществляется после предоставления отечественной медицинской организацией Акта отечественной медорганизации.

115. Возмещение затрат отечественным медицинским организациям в рамках настоящих Правил осуществляется за лечение пациента, претендующего на лечение за рубежом, по которым было принято положительное решение Комиссии по лечению за рубежом.

116. Оплата за проезд пациента на первый и второй этап лечения в отечественные медицинские организации осуществляется в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

117. В случае, когда состояние пациента, претендующего на лечение за рубежом, не позволяет транспортировать в отечественные медицинские организации гражданским транспортом, его транспортировка осуществляется посредством санитарной авиации.

Подраздел 3. Возмещение затрат за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи в рамках ГОБМП за счет средств местного бюджета

118. Возмещение затрат за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи за счет средств местного бюджета осуществляется с учетом результатов контроля качества и объема оказанной медицинской помощи по следующим видам медицинской помощи:

1) квалифицированная;

- 2) специализированная;
- 3) медико-социальная и по формам:
 - 1) стационарной помощи;
 - 2) стационарозамещающей помощи;
 - 3) восстановительного лечения и медицинской реабилитации;
 - 4) паллиативной помощи и сестринского ухода.

119. Возмещение затрат за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи за счет средств местного бюджета, осуществляется заказчиком в лице УЗ субъектам здравоохранения, заключившим с УЗ договор на оказание ГОБМП, (далее – медицинская организация МБ) с участием ККМФД и ТД ККМФД, субъекта мониторинга и анализа ГОБМП, СИ.

120. Возмещение затрат за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи осуществляется по тарифам за один пролеченный случай:

по расчетной средней стоимости;

по койко-дням;

по фактическим расходам.

121. В случаях внутрибольничного перевода оплата за лечение пациента осуществляется как за один пролеченный случай.

122. Заказчик устанавливает сроки (даты) отчетного периода.

123. Медицинская организация МБ ежедневно в ЭРСБ осуществляет ввод и подтверждение данных по пролеченным случаям, которым оказана стационарная или стационарозамещающая медицинская помощь, на основе медицинских карт.

После подтверждения в ЭРСБ медицинской организацией МБ ввода данных по пролеченным случаям, данные не подлежат корректировке, за исключением случаев ввода результатов гистологических и патоморфологических исследований.

124. Медицинские организации МБ в срок не позднее одного рабочего дня месяца, следующего за отчетным периодом, формируют и передают заказчику счет-реестр за оказание стационарной и

стационарозамещающей медицинской помощи в рамках ГОБМП за счет средств местного бюджета по форме согласно приложению 68 к настоящим Правилам соответственно формам представления медицинской помощи.

В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств, указанных в договоре на оказание ГОБМП, заказчик принимает счет-реестр позднее установленного срока.

125. Заказчик формирует протокол исполнения договора на оказание стационарной и стационарозамещающей помощи в рамках ГОБМП за счет средств местного бюджета по форме согласно приложению 69 к настоящим Правилам (далее – протокол исполнения договора) на основании:

подписанного медицинской организацией МБ счет-реестра;

результатов контроля качества и объема (выборочные, внеплановые проверки и иные формы контроля) за оказанные услуги медицинской организацией МБ (при их наличии), проведенного ТД ККМФД с приложением акта о результатах проверки либо экспертное заключение и заказчиком с приложением акта с результатами контроля.

Протокол исполнения договора рассматривается и подписывается комиссией по оплате услуг.

В случае внесения изменений и дополнений в протокол исполнения договора, комиссией по оплате услуг составляется и подписывается приложение к указанному протоколу.

126. Заказчик на основании протокола исполнения договора составляет акт выполненных работ (услуг), оказанных в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно приложению 70 к настоящим Правилам в двух экземплярах, который подписывается обеими сторонами и один экземпляр передается в медицинскую организацию МБ.

127. Заказчиком оплата по подписанным актам выполненных работ (услуг) осуществляется не позднее 10 календарных дней после отчетного периода (декабрь – до 25 числа) с учетом удержания части ранее выплаченного аванса в объеме и сроки, предусмотренные в договоре на оказание ГОБМП, путем перечисления денежных средств на расчетный счет медицинской организации МБ.

Параграф 5. Возмещение затрат за оказание медицинской помощи онкологическим больным в рамках ГОБМП по комплексному тарифу

128. Возмещение затрат за оказание медицинской помощи онкологическим больным в рамках ГОБМП осуществляется по комплексному тарифу с учетом результатов контроля качества и объема оказанной медицинской помощи.

129. Возмещение затрат за оказание медицинской помощи онкологическим больным в рамках ГОБМП осуществляется заказчиком областными, региональными, городскими онкологическими организациями и онкологическими отделениями многопрофильных клиник, оказывающим медицинскую помощь онкологическим больным, (далее – онкодиспансер) с участием КОМУ и ТД КОМУ, ККМФД и ТД ККМФД, Республиканского государственного предприятия на праве хозяйственного ведения "Казахский научно-исследовательский

институт онкологии и радиологии" Министерства (далее – КазНИИОиР), осуществляющее организационно-методическую работу при оказании медицинской помощи онкологическим больным, СИ и субъекта мониторинга и анализа ГОБМП, лизингодателя.

130. Комплексный тариф предусматривает обеспечение онкологических больных по следующим видам медицинской помощи квалифицированная, специализированная, высокоспециализированная, медико-социальная и по формам:

- 1) консультативно-диагностической помощи;
- 2) стационарозамещающей помощи;
- 3) стационарной помощи;
- 4) паллиативной помощи.

Комплексный тариф включает расходы на их оказание в соответствии с Методикой формирования тарифов.

131. Комплексный тариф не включает расходы:

на оказание стационарозамещающей и стационарной медицинской помощи детям до восемнадцати лет с онкологическими заболеваниями. При этом, возраст детей на момент первой госпитализации и начало курса лечения не достигает восемнадцати лет;

на оказание медицинской помощи онкогематологическим больным (кроме больных лимфомой).

132. Возмещение затрат за оказание медицинской помощи онкологическим больным в рамках ГОБМП за отчетный период осуществляется по средней списочной численности онкологических больных по комплексному тарифу.

Отчетным периодом является период времени, равный одному календарному месяцу (с первого по последнее число месяца).

133. Ответственное лицо онкодиспансера, на которого возложена персональная ответственность за регистрацию, перерегистрацию и снятие с учетом онкологических больных в ЭРОБ (далее – ответственное лицо онкодиспансера по ИС), ежедневно в ЭРОБ осуществляет обновление сведений по онкологическим больным с учетом их свободного выбора онкодиспансера на основании:

формы № 090/у, формы № 025/у или формы № 003/у;

сведения о смерти из отделов регистрации актов гражданского состояния областей, городов республиканского значения (далее – органы ОРАГС);

личного заявления (произвольной формы) онкологического больного о перерегистрации в другой онкодиспансер;

заклучения диспансерного отделения онкодиспансера о выздоровлении онкологического больного ;

запроса онкодиспансера на регистрацию (дислокацию) в другой онкодиспансер на основании личного заявления (произвольной формы) онкологического больного в данный онкодиспансер, которое прикрепляется в сканированном виде.

134. Онкодиспансер, в котором состоит больной на учете, в случае регистрации (дислокации) онкологического больного в другой онкодиспансер подтверждает решение на его дислокацию в ЭРОБ в срок не более одного рабочего дня.

Онкодиспансер в случае отказа в дислокации онкологического больного в другой онкодиспансер указывает мотивированную причину отказа и прикрепляет в ЭРОБ в сканированном виде решение об отказе, подписанное руководителем онкодиспансера.

Онкодиспансер осуществляет постановку на учет онкологического больного, прикрепленного к организации ПМСП данного региона.

В ЭРОБ формируется:

список онкологических больных дислоцированных из одного онкологического диспансера в другой;

список онкологических больных, прикрепившихся в организацию ПМСП, но не состоящих на учете в онкодиспансере данного региона;

список онкологических больных, состоящих на учете в онкодиспансере данного региона, но прикрепившихся в организацию ПМСП другого региона.

135. Сведения о регистрации смерти онкологического больного уточняются ответственным лицом онкодиспансера по ИС в ЭРОБ не позднее десяти календарных дней со дня регистрации смерти онкологического больного органом ОРАГС.

136. Врач-химиотерапевт онкодиспансера вводит в ЭРОБ данные по фактическому использованию химиопрепаратов онкологическим больным в соответствии со схемой применения химиопрепаратов с учетом предельных разовых доз.

137. Специалист онкодиспансера вводит в ЭРОБ данные об использовании медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга, на основании листа использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга, из данных первичной медицинской документации, которое является приложением:

к форме № 066-2/у при оказании стационарной медицинской помощи;

к форме 025/у при оказании КДП.

138. По результатам контроля качества и объема за оказанную медицинскую помощь онкологическим больным онкодиспансером, проведенного ТД ККМФД и заказчиком, к онкодиспансеру применяются меры экономического воздействия по перечню мер экономического воздействия при оказании медицинской помощи онкологическим больным в рамках ГОБМП по комплексному тарифу (далее - мер экономического воздействия) согласно приложению 71 к настоящим Правилам.

ТД ККМФД по результатам контроля качества по случаям с летальным исходом онкологических больных прикрепляет в ЭРОБ в сканированном виде экспертное заключение и представляет его в оригинале в Комиссию по оплате услуг в срок не позднее трех рабочих дней месяца, следующего за отчетным периодом.

139. В случае снятия с учета в ЭРОБ онкологических больных по причине смерти, дата смерти которых зарегистрирована в прошедшем отчетном периоде, оплата осуществляется в отчетном периоде с учетом снятия суммы, рассчитанной за каждый календарный день нахождения онкологического больного на учете со дня регистрации даты его смерти по комплексному тарифу в день, и мер экономического воздействия согласно приложению 71 к настоящим Правилам.

140. Меры экономического воздействия за несвоевременное снятие с учета и несвоевременную регистрацию сведений о смерти онкологического больного в ЭРОБ не распространяются в отношении:

онкогематологических больных (кроме больных лимфомой);

посмертно зарегистрированных онкологических больных;

онкологических больных, умерших до 1 января 2012 года.

141. Онкодиспансер направляет заказчику в срок не позднее одного рабочего дня, следующего за отчетным периодом, сформированный в ЭРОБ счет-реестр оказанных медицинских услуг онкологическим больным в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно приложению 72 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр).

142. Заказчик на основании подписанного счет-реестра, результатов контроля качества и объема (при их наличии) формирует в ЭРОБ протокол исполнения договора на оказание ГОБМП при оказании медицинской помощи онкологическим больным по форме согласно приложению 73 к настоящим Правилам.

Протокол исполнения рассматривается и подписывается комиссией по оплате услуг.

143. На основании протокола исполнения договора в ЭРОБ формируется акт выполненных работ (услуг), оказанных онкологическим больным в рамках ГОБМП по форме согласно приложению 74 к

настоящим Правилам (далее – акт выполненных работ (услуг), один экземпляр которого передается в онкодиспансер.

144. Заказчиком оплата по подписанным актам выполненных работ (услуг) осуществляется в течение десяти календарных дней с момента окончания отчетного периода (в декабре – до 25 числа) с учетом удержания части ранее выплаченного аванса в объеме и сроки, предусмотренные в договоре на оказание ГОБМП, путем перечисления денежных средств на расчетный счет онкодиспансера.

145. Онкодиспансер в срок до 30 числа месяца, следующего за отчетным периодом, вводит в ЭРОБ следующие отчеты за предыдущий отчетный период:

информация о структуре доходов при оказании медицинских услуг онкологическим больным по форме согласно приложению 75 к настоящим Правилам;

информация о структуре расходов при оказании медицинских услуг онкологическим больным по форме согласно приложению 76 к настоящим Правилам;

информация о дифференцированной оплате работников по форме согласно приложению 77 к настоящим Правилам;

информация о повышении квалификации и переподготовке кадров по форме согласно приложению 78 к настоящим Правилам.

В случае отсутствия в ЭРОБ информации, предусмотренной настоящим пунктом, оплата заказчиком за текущий отчетный период онкодиспансеру не производится до введения указанных данных.

146. Онкодиспансер с целью обеспечения доступности и качества медицинской помощи онкологическим больным (больным с предраковыми заболеваниями, направленным на верификацию диагноза) и реализации их права на свободный выбор осуществляет оплату по заключенным договорам субподряда с организациями здравоохранения, в том числе с онкодиспансерами, в пределах сумм, предусмотренных основным договором на оказание ГОБМП:

1) за оказанные КДУ по тарифам согласно тарификатору;

2) за оказанную стационарную и стационарозамещающую помощь по тарифам за один пролеченный случай по КЗГ с учетом коэффициента затратноности с возмещением фактических затрат на химиопрепараты.

147. Оплата за оказанные услуги онкологическим больным, состоящим на учете в другом онкодиспансере (далее – иногородний больной) осуществляется в порядке определенном согласно параграфа 7 главы 2 настоящих Правил.

Параграф 6. Возмещение затрат организациям районного значения или села за оказание услуг ГОБМП сельскому населению

148. Возмещение затрат субъектам села за оказание услуг ГОБМП сельскому населению осуществляется по комплексному подушевому нормативу на сельское население с учетом результатов контроля качества и объема медицинской помощи.

149. Возмещение затрат субъектам села за оказание услуг ГОБМП сельскому населению осуществляется заказчиком в лице УЗ субъектам села, с участием ККМФД и ТД ККМФД, ТД КОМУ и ТД КОМУ, субъекта мониторинга и анализа ГОБМП, СИ и лизингодателя.

150. Заказчик устанавливает сроки (даты) отчетного периода.

151. Комплексный подушевой норматив на сельское население субъекта села предусматривает расходы в рамках заключенного договора ГОБМП на:

1) обеспечение комплекса услуг ГОБМП сельскому населению в соответствии со стандартами в области здравоохранения согласно статьи 7 Кодекса о здоровье по видам медицинской помощи: доврачебная, квалифицированная, специализированная, медико-социальная, которые оказываются в следующих формах: ПМСП, КДП, скорой медицинской помощи, стационарозамещающей и стационарной медицинской помощи, в пределах средств, предусмотренных по гарантированному компоненту комплексного подушевого норматива на сельское население;

2) стимулирование работников ПМСП.

152. Комплексный подушевой норматив на сельское население определяется в расчете на одного прикрепленного человека, зарегистрированного в портале РПН, в месяц в соответствии с Методикой формирования тарифов и по перечню услуг, затраты по которым учитываются при оплате за оказанный комплекс амбулаторно-поликлинических услуг ГОБМП субъектами села по комплексному подушевому нормативу согласно приложению 4 к настоящим Правилам.

153. Комплексный подушевой норматив на сельское население не включает расходы на выплату лизинговых платежей на условиях финансового лизинга субъектам здравоохранения в организационно-правовой форме государственных предприятий, акционерных обществ и хозяйственных товариществ, сто процентов голосующих акций (долей участия в уставном капитале) которых принадлежит государству.

154. Размер комплексного подушевого норматива на сельское население определяется по формам медицинской помощи (ПМСП, КДП, скорая медицинская помощь, стационарозамещающая помощь, стационарная помощь), утвержденным УЗ.

155. Расчет комплексного подушевого норматива на сельское население осуществляется:

субъектам села, оказывающим ПМСП, по численности прикрепленного населения, зарегистрированного в портале РПН;

субъектам села, не оказывающим ПМСП, по численности прикрепленного населения, зарегистрированного в портале РПН по данному району.

156. Объем финансирования субъектам села по комплексному подушевому нормативу на сельское население на текущий финансовый год определяется путем умножения комплексного подушевого норматива на сельское население на численность населения согласно пункту 155 настоящих Правил и на количество месяцев в текущем финансовом году, в течение которого будут оказаны услуги ГОБМП.

Объем финансирования субъекта села по комплексному подушевому нормативу на сельское население за отчетный период не зависит от объема оказанных услуг.

157. Оплата услуг ГОБМП субъектам села осуществляется Заказчиком на основании сформированных в автоматизированном режиме в ИС "АПП", "Сельское здравоохранение", ДКПН платежных документов, определенных настоящими Правилами.

158. По результатам ввода данных в ИС, указанных в пункте 157 настоящих Правил, данные становятся доступными для ежедневного мониторинга, анализа и оценки и для принятия управленческих решений заказчиком, УЗ, КОМУ и ТД КОМУ, ККМФД и ТД ККМФД, субъекта мониторинга и анализа ГОБМП, СИ и его филиалов, лизингодателем, научно-исследовательским организациям в рамках их компетенций.

159. Субъект мониторинга и анализа ГОБМП, СИ на основании данных ИС, указанных в пункте 157 настоящих Правил, для заказчика, УЗ, КОМУ и ТД КОМУ, ККМФД и ТД ККМФД в рамках заключенного договора с уполномоченным органом обеспечивают формирование аналитических таблиц, составление аналитических отчетов или информации и их предоставление.

160. СИ формирует аналитические таблицы к Сводному перечню, определенному пунктом 165 настоящих Правил (далее – Сводный перечень), и представляет Заказчику ежемесячно в срок не позднее пяти рабочих дней после отчетного периода.

161. Субъект села в срок не позднее десятого числа месяца, следующего за отчетным периодом, передает заказчику сформированный в ИС "Сельское здравоохранение" счет-реестр субъекта села, подписанный руководителем или с использованием ЭЦП.

162. По результатам контроля качества и объема за оказанные медицинские услуги субъектом села, проведенного ТД ККМФД (при их наличии) в соответствии с перечнем случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично, по результатам контроля качества и объема оказанной стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи сельскому населению согласно приложению 79 к настоящим Правилам (далее – Перечень) и по результатам ежедневной оценки СИ случаев осложнений, возникших в результате лечения субъектом села на основании автоматизированной выборки, ТД ККМФД формирует в СУКМУ:

перечень случаев госпитализации с осложнениями за отчетный период, прошедших контроль качества после оценки субъекта мониторинга и анализа гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, за исключением случаев с летальными исходами, по форме согласно приложению 80 к настоящим Правилам;

перечень случаев с летальным исходом по результатам контроля качества за отчетный и предыдущие периоды по форме согласно приложению 81 к настоящим Правилам на основании листа экспертной оценки медицинских услуг по форме согласно приложению 3 к настоящим Правилам;

перечень случаев по результатам контроля качества и объема услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи при оказании стационарной и стационарозамещающей помощи субъектами здравоохранения районного значения и села по форме согласно приложению 82 к настоящим Правилам (далее – Перечень ТД ККМФД).

163. ТД КОМУ формирует в СУКМУ:

по результатам контроля объема услуг ГОБМП перечень случаев по результатам контроля объема услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи при оказании стационарной и стационарозамещающей помощи субъектами районного значения и села по форме согласно приложению 83 к настоящим Правилам (далее – Перечень ТД КОМУ);

на основании данных Перечня ТД ККМФД и Перечня ТД КОМУ Сводный перечень случаев оказания стационарной и стационарозамещающей помощи по результатам контроля качества и объема услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно приложению 84 к настоящим Правилам.

164. ТД КОМУ представляет заказчику Сводный перечень, заверенный подписями первых руководителей ТД КОМУ и ТД ККМФД и скрепленный печатями, в срок не позднее пяти рабочих дней после отчетного периода.

165. Заказчик формирует ИС "Сельское здравоохранение" или в ИС "АПП" рассматриваемый и подписываемый комиссией по оплате услуг протокол исполнения договора гарантированного объема бесплатной медицинской помощи субъектом здравоохранения районного значения и села по форме согласно приложению 85 к настоящим Правилам на основании:

подписанного субъектом села счет-реестра;

результатов контроля качества и объема оказанных медицинских услуг субъектом села, проведенного ТД ККМФД (при их наличии);

Сводного перечня;

результатов достижения субъектом села индикаторов конечного результата, рассчитанных в автоматизированном режиме в ДКПН.

166. Заказчик на основании протокола исполнения договора субъекта села в ИС "Сельское здравоохранение" формирует акт выполненных работ (услуг) оказанных в рамках ГОБМП субъектом села в двух экземплярах, который подписывается обеими сторонами на бумажном носителе или в электронной форме с использованием ЭЦП, один экземпляр которого передается субъекту села.

167. Оплата по подписанным актам выполненных работ (услуг) субъекта села осуществляется заказчиком не позднее пятнадцати календарных дней после отчетного периода (декабрь – до 25 числа) с учетом удержания части ранее выплаченного аванса в объеме и сроки, предусмотренные в договоре ГОБМП, путем перечисления денежных средств на расчетный счет субъекта села.

168. Формирование платежных документов и Сводного перечня осуществляется на основании ИС при выполнении ответственными лицами по ИС следующих функций:

в ИС "Сельское здравоохранение":

1) заказчик:

вводит и подтверждает договоры ГОБМП, заключенные с субъектами села;

формирует следующие платежные документы на отчетный период:

протокол исполнения договора гарантированного объема бесплатной медицинской помощи субъектом здравоохранения районного значения и села по форме согласно приложению 85 к настоящим Правилам;

акт выполненных работ (услуг) оказанных в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи субъектом здравоохранения районного значения и села по форме согласно приложению 86 к настоящим Правилам;

2) лизингодатель вводит и подтверждает договоры на использование медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга, заключенные с субъектами села;

3) субъект села:

вводит и подтверждает заключенные договора субподряда не позднее трех рабочих дней со дня его заключения;

ежемесячно вводит сводные данные по оказанию скорой медицинской помощи на основании форм первичной медицинской документации;

формирует за отчетный период счет-реестр за оказание медицинской помощи прикрепленному населению в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи субъектом здравоохранения районного значения и села по форме согласно приложению 87 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр субъекта села);

вводит данные за отчетный период на основании первичной финансовой документации в срок до 30 числа месяца, следующего за отчетным периодом (за декабрь – до 25 декабря) и по результатам ввода формирует следующие отчеты за предыдущий отчетный период:

информация о структуре доходов при оказании медицинской помощи субъектом здравоохранения районного значения и села по форме согласно приложению 88 настоящим Правилам;

информация о структуре расходов при оказании медицинской помощи субъектом здравоохранения районного значения и села по форме согласно приложению 89 настоящим Правилам;

информация о структуре доходов и расходов при оказании медицинской помощи субъектом здравоохранения районного значения и села в разрезе структурных подразделений по форме согласно приложению 90 настоящим Правилам;

информация о дифференцированной оплате труда работников субъекта здравоохранения районного значения и села по форме согласно приложению 91 настоящим Правилам;

информация о повышении квалификации и переподготовке кадров субъекта здравоохранения районного значения и села по форме согласно приложению 92 настоящим Правилам;

формирует платежные документы по субподрядчику на отчетный период согласно параграфу 7 настоящих Правил:

протокол исполнения договора субподряда на оказание КДУ в рамках ГОБМП прикрепленному населению субподряда;

акт выполненных работ (услуг), оказанных КДУ в рамках ГОБМП по договору субподряда прикрепленному населению субподряда;

вводит данные по количеству КДУ, оказанных на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга, в лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга;

в СУКМУ:

1) субъект мониторинга и анализа ГОБМП формирует по субъектам села перечень случаев госпитализации, подлежащих контролю качества после оценки субъекта мониторинга и анализа ГОБМП;

2) ТД ККМФД по субъектам села:

прикрепляет экспертное заключение по случаям с летальным исходом стационарных больных;

вводит результаты контроля качества стационарной и стационарозамещающей помощи;

в ЭРСБ субъект села:

ежедневно вводит и подтверждает данные, в том числе выписного эпикриза, не позднее дня следующего за днем выписки пациента из стационара, на основе следующих форм первичной медицинской документации: форма № 003/у, форма № 003-2/у, форма № 096/у, форма № 097/у. Данные

после подтверждения не подлежат корректировке, за исключением случаев ввода в ЭРСБ результатов гистологических и патоморфологических исследований;

формирует по результатам ввода данных из медицинских карт статистическую карту выывшего из стационара (формы № 066/у, № 066-1/у, № 066-2/у, № 066-3/у, №066-4/у) и выписку из медицинской карты (амбулаторного, стационарного) больного (форма № 027/у);

в ИС "АПП" субъект села:

ежедневно в модуле "Регистратура" вводит сведения по графику приема и расписание врачей, записи на прием к врачу, активы и вызова на дом, распределение поступивших направлений;

ежедневно в АИС "Поликлиника" осуществляет персонифицированную регистрацию оказанных амбулаторно-поликлинических услуг населению специалистами ПМСП и КДП на основе следующих форм первичной медицинской документации: форма № 025/у, форма № 025-5/у и форма 025-9/у, форма 025-8у, форма 025-07у;

ежедневно в модуле "Банк направлений" вводит внешние направления на КДУ по форме № 001-4/у;

в ДКПН – согласно параграфа 1 раздела 2 настоящих Правил.

Параграф 7. Возмещение затрат поставщиком субподрядчику за оказание ГОБМП

169. Поставщик с целью обеспечения доступности, комплексности и качества медицинской помощи населению в рамках ГОБМП с учетом реализации их права на свободный выбор субъекта, оказывающего ГОБМП, на отсутствующие услуги ГОБМП в соответствии с Правилами выбора поставщика привлекают по согласованию с заказчиком субподрядчика и заключают с ним договора субподряда в пределах сумм договора ГОБМП.

170. Возмещение затрат поставщиком субподрядчику за оказание услуг ГОБМП осуществляется с участием ККМФД и ТД ККМФД, ТД КОМУ и ТД КОМУ, субъекта мониторинга и анализа ГОБМП, СИ и лизингодателя.

171. Отчетным периодом является период времени, равный одному календарному месяцу (с первого по последнее числа месяца).

172. Субподрядчик и оказываемые им услуги ГОБМП подлежат обязательному включению в электронный реестр.

173. Поставщик оплату субподрядчику осуществляет:

1) за оказанные КДУ в рамках ГОБМП по стоимости в соответствии с тарификатором;

2) за оказание специализированной медицинской помощи в форме стационарной медицинской помощи в рамках ГОБМП по тарифам за один пролеченный случай по КЗГ:

сельскому населению между субъектами села в пределах региона места их нахождения;

онкологическим больным между онкологическими диспансерами;

3) за оказание специализированной медицинской помощи в форме стационарозамещающей медицинской помощи населению в рамках ГОБМП по тарифам за один пролеченный случай по КЗГ;

4) за оказание комплекса медицинских услуг сельскому населению в рамках ГОБМП другим субъектом села в данном регионе по комплексному подушевому нормативу на сельское население, размер которого устанавливается по согласованию с заказчиком в зависимости от определенного перечня форм медицинской помощи.

174. Субподрядчик в лице онкодиспансера, оказывает стационарную помощь онкологическим больным, состоящим на учете в другом онкодиспансере (далее – иногородний больной) в плановом порядке:

по направлению онкодиспансера, в котором он состоит на учете;

по направлению районного онколога амбулаторно-поликлинической организации по согласованию с онкодиспансером, в котором он состоит на учете.

В экстренном порядке стационарная помощь иногородним больным оказывается без направления, при этом уведомляется онкодиспансер, в котором он состоит на учете, в течение отчетного периода

Регистрация иногородних больных, направленных в плановом порядке на стационарное лечение в другой онкодиспансер, осуществляется в ИС "Бюро госпитализации".

Субподрядчик в лице онкодиспансера до проведения в плановом порядке впервые противоопухолевого лечения иногороднему больному, направленному онкодиспансером, в котором он состоит на учете, или в случае самостоятельного обращения иногороднего больного предварительно согласовывает необходимость проведения данного противоопухолевого лечения с онкодиспансером, в котором иногородний больной состоит на учете.

175. Субподрядчик вправе по медицинским показаниям оказать услуги в рамках ГОБМП, не включенные в договор субподряда, населению в пределах выданного направления специалистом Поставщика услуг ГОБМП и предъявить их на оплату.

Поставщик услуг ГОБМП осуществляют оплату за данные услуги с заключением дополнительного соглашения к договору субподряда.

176. Формирование платежных документов субподрядчика осуществляется на основании ИС при выполнении ответственными лицами по ИС субподрядчика следующих функций:

1) при оказании КДУ населению в рамках договора субподряда с поставщиком в лице субъекта ПМСП и (или) субъекта села:

в ИС "АПП":

ежедневно в модуле "Регистратура" вводит сведения по графику приема и расписание врачей, записи на прием к врачу, активы и вызова на дом, распределение поступивших направлений;

ежедневно в модуле "Банк направлений" вводит внутренние и внешние направления на КДУ по форме № 001-4/у;

ежедневно осуществляет персонифицированную регистрацию оказанных КДУ населению, обратившемуся по направлению специалистов субъектов ПМСП и субъектов села, или в экстренном состоянии, на основе следующих форм первичной медицинской документации: форма № 025/у, форма № 025-9/у;

в модуле "Платежная система":

формирует за отчетный период счет-реестр за оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП по договору субподряда по форме согласно приложению 93 к настоящим Правилам (далее – счет-реестр субподрядчика);

формирует по результатам ввода данных за отчетный период персонифицированный реестр оказанных медицинских услуг в рамках ГОБМП по договору субподряда, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично по форме согласно приложению 94 к настоящим Правилам (далее – персонифицированный реестр субподрядчика);

вводит данные за отчетный период на основании первичной финансовой документации в срок до 30 числа месяца, следующего за отчетным периодом (за декабрь – до 25 декабря) и по результатам ввода формирует следующие отчеты за предыдущий отчетный период:

информация о структуре доходов при оказании медицинских услуг субподрядчиком по форме согласно приложению 95 к настоящим Правилам;

информация о структуре расходов при оказании медицинских услуг субподрядчиком по форме согласно приложению 96 к настоящим Правилам;

информация о дифференцированной оплате труда работников по форме согласно приложению 97 к настоящим Правилам;

информация о повышении квалификации и переподготовке кадров по форме согласно приложению 98 к настоящим Правилам;

2) при оказании медицинской помощи онкологическим больным в рамках договора субподряда с поставщиком в лице регионального онкологического диспансера:

в ИС "ЭРОБ":

в модуле "Производственный блок":

ежедневно осуществляет персонифицированную регистрацию оказанных КДУ больным, обратившимся по направлению специалистов поставщика, или в экстренном состоянии, на основе следующих форм первичной медицинской документации: форма № 025/у, форма №025-9/у;

ежедневно вводит и подтверждает данные, в том числе выписного эпикриза, не позднее дня следующего за днем выписки пациента из стационара, на основе следующих форм первичной медицинской документации: медицинская карта стационарного больного (форма № ТБ 003/у), карта больного дневного стационара (поликлиники, больницы) (форма № ТБ 003/у) (далее – медицинские карты). Данные после подтверждения не подлежат корректировке, за исключением случаев ввода результатов гистологических и патоморфологических исследований;

формирует по результатам ввода данных из медицинских карт статистическую карту вышедшего из стационара (формы №066-2/у) и выписку из медицинской карты (амбулаторного, стационарного) больного (форма - 027/у);

в модуле "Финансовый блок":

формирует за отчетный период счет-реестр за оказанные медицинские услуги в рамках ГОБМП иногородним больным по форме согласно приложению 99 к настоящим Правилам;

формирует за отчетный период реестр оказанных медицинских услуг иногородним больным;

формирует реестр расходов химиопрепаратов использованных для лечения иногородних больных

формирует за отчетный период индивидуальный счет на больного с расшифровкой расходов на оказание медицинской помощи.

формирует протокол исполнения договора на оказание ГОБМП иногородним больным по форме согласно приложению 100 к настоящим Правилам;

формирует акт выполненных работ (услуг), оказанных медицинских услуг в рамках ГОБМП иногородним больным, (далее - акта выполненных работ (услуг)) по форме согласно приложению 101 к настоящим Правилам.

177. Формирование платежных документов субподрядчика, являющегося субъектом села, при оказании стационарной и (или) стационарозамещающей медицинской помощи в рамках ГОБМП или комплекса медицинских услуг в рамках ГОБМП в данном регионе осуществляется в ручном режиме.

Данный субподрядчик вводит данные за отчетный период на основании первичной финансовой документации в срок до 30 числа месяца, следующего за отчетным периодом (за декабрь – до 25 декабря) и по результатам ввода формирует отчеты.

178. Субподрядчик в срок не позднее пяти календарных дней после отчетного периода передает поставщику счет-реестр субподрядчика, подписанный руководителем или с использованием ЭЦП.

179. Поставщик при возникновении спорных случаев по оплате услуг, оказанных субподрядчиками, в рамках договора субподряда создает согласительную комиссию из компетентных представителей поставщика и субподрядчика.

Решение, принятое на заседании согласительной комиссии, оформляется протоколом исполнения договора субподряда:

на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно приложению 102 к настоящим Правилам;

на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи иногородним больным по форме согласно приложению 100 к настоящим Правилам

Протокол исполнения договора субподряда подписывается членами согласительной комиссии с приложением к нему персонифицированного реестра оказанных медицинских услуг в рамках ГОБМП по договору субподряда, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично (далее – персонифицированный реестр), один экземпляр передается субподрядчику.

Персонифицированный реестр подписывается первыми руководителями обеих сторон или с использованием ЭЦП, один экземпляр передается субподрядчику.

180. Результаты контроля качества и объема оказанной амбулаторно-поликлинической помощи субподрядчиками формируются ТД ККМФД и субъектом ПМСП или субъектом села по договору субподряда по перечню случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично, .

Результаты контроля качества и объема оказанной стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи субподрядчиками формируются ТД ККМФД и поставщиком по договору субподряда по перечню случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично, согласно приложениям 34 и 83 к настоящим Правилам.

ТД ККМФД результаты контроля качества и объема за оказанные услуги субподрядчиками (при их наличии) представляет заказчику для принятия мер по удержанию поставщиком при возмещении затрат субподрядчикам по договору субподряда.

181. Поставщик на основании подписанного счет-реестра субподрядчиком, результатов контроля качества и объема (при их наличии), протокола исполнения договора субподряда формирует в двух экземплярах акт выполненных работ (услуг) при оказании медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по договору субподряда по форме согласно приложению 103 к настоящим Правилам, который подписывается первыми руководителями обеих сторон или с использованием ЭЦП, один экземпляр передается субподрядчику.

Услуги, не предъявленные субподрядчиком к оплате в отчетном периоде, возмещению не подлежат.

182. Поставщик оплату по подписанным актам выполненных работ (услуг) по договору субподряда осуществляет не позднее двадцати календарных дней после отчетного периода, с учетом удержания части ранее выплаченного аванса в объеме и сроки, предусмотренные в договоре субподряда, путем перечисления денежных средств на расчетный счет субподрядчика.

183. Оплата за оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи в рамках ГОБМП сельским жителям субъектами здравоохранения городского, областного и республиканского значения субъектом села на условиях договора субподряда не осуществляется.

Параграф 8. Возмещение лизинговых платежей организациям, оказывающим ГОБМП

184. Возмещение лизинговых платежей организациям, оказывающим ГОБМП, в организационно-правовой форме государственного предприятия, дочерним организациям АО "Национальный медицинский холдинг" и акционерных обществ и хозяйственных товариществ, сто процентов голосующих акций (долей участия в уставном капитале) которых принадлежит государству, на условиях финансового лизинга осуществляется из средств республиканского бюджета и (или) за счет средств местных бюджетов, включая ЦТТ, по заключенному договору с лизингодателем.

185. Размер вознаграждения по лизингу не превышает пяти процентов годовых от стоимости медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга.

186. Анализ потребности производится на основании расчета коэффициента потребности по формуле расчета коэффициента потребности согласно приложению 104 к настоящим Правилам.

187. Анализ окупаемости производится через расчет срока окупаемости по формуле расчета срока окупаемости согласно приложению 105 к настоящим Правилам.

188. В течение пятнадцати календарных дней со дня предоставления соответствующей информации перечень потенциальных лизингополучателей и медицинской техники согласовывают в рамках своей компетенции:

уполномоченный орган согласовывает соответствие медицинской техники профилю и уровню медицинской организации;

КОМУ подтверждает наличие договора на оказание ГОБМП с потенциальными лизингополучателями ;

ККМФД согласовывает перечень медицинской техники и количества услуг, планируемых оказать организацией здравоохранения в месяц на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга.

189. В период срока действия договора финансового лизинга проводится мониторинг медицинской техники на предмет эффективного использования.

190. Лизингодатель ежегодно в срок до первого апреля направляет в уполномоченный орган перечень лизингополучателей с указанием объема бюджетных средств на возмещение лизинговых платежей на предстоящий трехлетний период с приложением подтверждающих документов (копии заключенных договоров финансового лизинга, актов приема-передачи и графиков лизинговых платежей) и потребность в бюджетных средствах на возмещение лизинговых платежей по планируемым лизинговым проектам с приложением подтверждающих документов (копия утвержденного инвестиционного плана лизингодателя на предстоящий трехлетний период по планируемым лизинговым проектам).

191. Лизингодатель ежегодно в срок до десятого ноября, направляет в уполномоченный орган перечень лизингополучателей, с помесечным распределением объема бюджетных средств на возмещение лизинговых платежей на плановый финансовый год, для формирования плана финансирования по обязательствам и (или) платежам с приложением подтверждающих документов (копии заключенных договоров финансового лизинга, актов приема-передачи и графиков лизинговых платежей) и потребность на возмещение лизинговых платежей по планируемым лизинговым проектам с приложением подтверждающих документов (копия утвержденного инвестиционного плана Лизингодателя на предстоящий финансовый год по планируемым лизинговым проектам).

192. Лизингодатель не позднее третьего числа месяца следующего за отчетным периодом, направляет в уполномоченный орган перечень лизингополучателей, поставка медицинской техники которым осуществлена в отчетный период, с помесечным распределением объема бюджетных средств на возмещение лизинговых платежей на текущий финансовый год, с приложением подтверждающих документов (копии заключенных договоров финансового лизинга, актов приема-передачи и графиков лизинговых платежей).

193. Уполномоченным органом в срок до десятого числа месяца следующего за отчетным периодом на основании представленного лизингодателем перечня лизингополучателей, содержащего сведения о сумме лизинговых платежей, подлежащих возмещению формируется заявка на изменение индивидуального плана финансирования по обязательствам и (или) платежам согласно Правилам исполнения бюджета и его кассового обслуживания, утвержденным приказом Министра финансов Республики Казахстан от 4 декабря 2014 года № 540 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 9934) (далее – Правила исполнения бюджета).

Для возмещения лизинговых платежей лизингополучателям в уполномоченный орган по исполнению бюджета направляется справка о внесении изменений в индивидуальный план финансирования по обязательствам и (или) платежам согласно Правилам исполнения бюджета.

194. Корректировка и перераспределение сумм бюджетных средств на возмещение лизинговых платежей производится на основании:

заявки лизингодателя на внесение изменений в индивидуальный план финансирования по обязательствам и (или) платежам произвольной формы;

предложений представленных КОМУ и УЗ по результатам ежемесячного возмещения лизинговых платежей лизингополучателям.

195. УЗ и ТД КОМУ осуществляют выплату лизинговых платежей лизингополучателям на основании заключенных дополнительных соглашений к договору на оказание ГОБМП согласно Правил выбора поставщика.

196. Обеспечение заключения дополнительных соглашений на текущий финансовый год к договору на оказание ГОБМП с лизингополучателями осуществляется согласно индивидуальному плану финансирования.

197. Лизингодателем осуществляется ввод информации в ИС об установленной лизингополучателю медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга, до даты ввода в эксплуатацию и доли лизингового платежа.

198. Лизингополучатели при оказании медицинской услуги с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга, в формах первичной медицинской документации, указывают девятизначный код медицинской техники. Лизингополучатели осуществляют ввод данных в соответствующую ИС по фактически оказанным медицинским услугам на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга, из форм первичной медицинской документации.

199. Лизингополучатели в соответствии с Правилами выбора поставщика услуг формируют и предоставляют в УЗ или ТД КОМУ счета-реестры на основании данных, введенных в соответствующие ИС об использовании медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга.

200. Объем финансирования по возмещению лизинговых платежей лизингополучателю за медицинские услуги, оказанные на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга, определяется по формуле определения объема финансирования по возмещению лизинговых платежей лизингополучателю за оказанные медицинские услуги на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга согласно приложению 106 к настоящим Правилам.

201. Лизинговые платежи оплачиваются ежемесячно лизингополучателем лизингодателю в соответствии с договором финансового лизинга согласно графику лизинговых платежей.

202. Размер лизингового платежа рассчитывается по формуле расчета размера лизингового платежа согласно приложению 107 к настоящим Правилам методом аннуитетных платежей.

203. График лизинговых платежей формируется лизингодателем для каждого лизингополучателя индивидуально в соответствии с договором финансового лизинга и учетом сроков поставки предмета лизинга.

204. Лизинговые платежи рассчитываются с учетом возмещения всей стоимости предмета лизинга по цене на момент заключения договора финансового лизинга, и осуществляются на протяжении срока действия договора финансового лизинга, которые включают в себя:

возмещение лизингодателю затрат на приобретение предмета лизинга и любых других расходов, непосредственно связанных с приобретением, поставкой предмета лизинга и приведением его в рабочее состояние и дальнейшего обслуживания (гарантийное обслуживание поставщиком предмета лизинга) для использования по назначению в соответствии с договором финансового лизинга;

вознаграждение по лизингу.

205. Оплата лизинговых платежей осуществляется лизингополучателем ежемесячно в сроки и в размерах, согласно графику лизинговых платежей, составленному по форме согласно приложению 108 к настоящим Правилам, являющегося приложением к договору финансового лизинга.

206. Начисление вознаграждения производится с даты ввода предмета лизинга в эксплуатацию, указанной в графике лизинговых платежей.

Доля лизингового платежа рассчитывается как отношение лизингового платежа в месяц к плановому количеству медицинских услуг в месяц, по формуле расчета доли лизингового платежа согласно приложению 109 к настоящим Правилам.

207. Плановое количество медицинских услуг (Оплан) должно быть кратно двенадцати месяцам в сторону максимального значения и не более максимального норматива на запрашиваемую в лизинг медицинскую технику и не менее семидесяти пяти процентов от данного норматива, где план – объем медицинских услуг, планируемых оказать лизингополучателем в месяц на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга, согласно договору финансового лизинга.

208. Максимальный норматив на запрашиваемую в лизинг медицинскую технику рассчитывается по формуле расчета максимального норматива услуг для медицинской техники согласно приложению 110 к настоящим Правилам.

209. ТД ККМФД до 3 числа месяца следующего за отчетным периодом и не позднее первого ноября текущего года, направляют в КОМУ и (или) УЗ акт контроля за эффективным использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга по форме согласно приложению 111 к настоящим Правилам (далее – акт контроля).

210. Контроль лизингополучателей за эффективным использованием медицинской техники осуществляется ежеквартально ТД ККМФД. В акте контроля указывается количество медицинских услуг с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга, подтвержденных при осуществлении контроля за эффективным использованием медицинской техники.

211. УЗ и ТД КОМУ на основании актов контроля осуществляют выплаты или снятие бюджетных средств, предназначенных для возмещения лизинговых платежей лизингополучателям.

212. В случае если по итогам контроля пролеченный случай не подлежит оплате полностью или частично, согласно акту контроля производится перерасчет количества медицинских услуг по фактически оказанным медицинским услугам на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга и перерасчет суммы лизинговых платежей на возмещение.

213. УЗ и ТД КОМУ с учетом актов контроля формируют протокола исполнения договоров на оказание ГОБМП в сроки и порядке, предусмотренном настоящими Правилами. При этом формирование протокола за январь текущего года осуществляется с учетом случаев и лизинговых платежей, не вошедших в счет-реестр за декабрь предыдущего года.

214. Сумма бюджетных средств, предназначенных для возмещения лизинговых платежей лизингополучателям, подлежащая удержанию или снятию, учитывается при последующих взаиморасчетах с лизингополучателем в период срока действия договора на оказание ГОБМП.

215. Акт выполненных работ (услуг), оказанных лизингополучателем в рамках ГОБМП, составляется на основании оформленного протокола.

УЗ и ТД КОМУ осуществляют выплату лизинговых платежей после оформления акта выполненных работ (услуг) при условии оказания медицинских услуг с использованием медицинской техники, приобретенной по договору финансового лизинга в соответствии с настоящими Правилами.

Средства, направленные на выплату лизинговых платежей, используются лизингополучателем только в рамках договоров финансового лизинга.

216. В случае невыполнения ежемесячного количества медицинских услуг, планируемых оказывать на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга, лизингополучателю выплачиваются лизинговые платежи только за медицинские услуги с использованием медицинской техники, приобретенной по договору финансового лизинга за фактически оказанные медицинские услуги.

В случае недостаточности средств лизингополучателей на погашение лизинговых платежей, лизингополучатели погашают лизинговые платежи за счет собственных средств за исключением средств, полученных от оказания медицинских услуг в рамках ГОБМП.

217. В случае превышения ежемесячного количества предъявленных к оплате медицинских услуг, оказанных на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга, над ежемесячным количеством медицинских услуг, планируемых оказывать на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга, лизинговые платежи выплачиваются в размере лизингового платежа, указанного в графике лизинговых платежей.

218. Лизингодатель не начисляет пени на неоплаченную сумму лизинговых платежей лизингополучателя в случаях независящих от лизингополучателя (несвоевременное поступление бюджетных средств на выплаты лизинговых платежей на счет лизингополучателя не по его вине, а также при выплате за январь текущего года лизинговых платежей, не вошедших в счет-реестр за декабрь предыдущего года).

Экспертное заключение

1. Ф.И.О. (при его наличии) и должность лица, проводившего экспертизу, в том числе независимого эксперта, с указанием специальности, квалификационной категории, ученой степени, № свидетельства об аккредитации.

2. Наименование субъекта (объекта) здравоохранения, в котором проводилась экспертиза.

3. Основание проведения экспертизы, либо сведения о заказчике.

4. Сроки проведения экспертизы.

5. Период проведения экспертизы.

6. Предмет экспертизы.

7. Сведения о результатах экспертизы, в том числе о выявленных нарушениях, об их характере.

8. Выводы.

9. Рекомендации.

Ф.И.О. (при его наличии), подпись лица, проводившего экспертизу

Дата "___" _____ 20__ года

Форма

Лист экспертной оценки медицинских услуг

1. Государственный орган, осуществляющий оценку.

2. Наименование субъекта (объекта) здравоохранения.
3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя

субъекта здравоохранения.

4. Дата начала и окончания проверки.

5. Проверяемый период.

6. Предмет проверки _____

(выявление дефектов оказания медицинских услуг, в том числе

выполнение договорных обязательств по оказанию ГОБМП и другое)

I. Экспертная оценка качества оказанных медицинских услуг на уровне первичной медико – санитарной, консультативно – диагностической помощи:

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного.
2. Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) (для гражданина Республики Казахстан).
3. Дата рождения, возраст (полных лет).
4. Национальность.
5. Место жительства.
6. Номер медицинской карты, период лечения.
7. Источник финансирования пролеченного случая.
8. Диагноз направившей организации.
9. Диагноз заключительный клинический (основной, сопутствующий, осложнения).

10. Дефекты на уровне первичной медико-санитарной, консультативно-диагностической (выявлены, не выявлены, пациент не наблюдался, неизвестно).

11. Несоблюдение стандартов, нормативным правовых актов Республики Казахстан в области здравоохранения согласно статьи 7 Кодекса о здоровье по профилактическим осмотрам населения и скринингам.

12. Динамическое наблюдение (описание):

- 1) отсутствие динамического наблюдения;
- 2) несоблюдение стандартов диспансеризации;
- 3) отсутствие патронажа новорожденного в первые трое суток после выписки из родильного дома;
- 4) отклонения от стандартов наблюдения за беременными и в послеродовом периоде;
- 5) отклонения от стандартов наблюдения за детьми первого года жизни;
- 6) несвоевременное взятие детей на диспансерный учет;
- 7) отклонение от стандартов диспансеризации подростков;
- 8) несвоевременное взятие на учет по беременности (после 12-недельного срока беременности);
- 9) несоблюдение стандартов иммунопрофилактики;
- 10) иное (не указанное в данном перечне, но необходимое динамическое наблюдение по конкретному случаю).

13. Недостатки обследования (не соответствие стандартам в области здравоохранения):

1) неполное лабораторное обследование:

отсутствие в динамике общих клинических анализов (общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на яйца гельминтов и другие);

отсутствие биохимических анализов (печеночные пробы, холестерин, триглицериды, коагулограмма, фибриноген, протромбиновый индекс, время свертываемости крови и длительность кровотечения и другие);

иные (не указанное в данном перечне, но необходимое для постановки диагноза и назначения лечения лабораторное обследование по конкретному случаю);

2) неполное функциональное обследование:

отсутствие методов лучевой диагностики (рентгенологическое исследование, ультразвуковая диагностика, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и другое);

эндоскопические виды исследования;

иные (не указанное в данном перечне, но необходимое для постановки и назначения лечения диагноза функциональное обследование по конкретному случаю);

3) недостатки консультативной помощи профильных специалистов;

4) не обследован;

5) отклонение от стандартов диагностики и лечения внутриутробной патологии плода;

6) иное (не указанное в данном перечне, но необходимое для постановки диагноза и назначения лечения обследование по конкретному случаю).

14. Описание жалоб (не указаны, не полные, не соответствуют диагнозу и т.д.).

15. Описание анамнеза (не указан, неполный, не соответствуют диагнозу, не раскрыты полностью и т.д.).

16. Недооценка тяжести состояния (описание).

17. Недочет или переоценка результатов лабораторных и инструментальных данных (описание)

18. Неадекватная терапия (описание):

1) лечение не проведено;

2) не соответствует утвержденным стандартам в области здравоохранения и (или) рекомендуемым протоколам диагностики и лечения;

3) некорректное (необоснованное) назначение лекарственных средств, в том числе полипрагмазия;

4) отсутствие лечебно-диагностических мероприятий по выявленным заболеваниям (акушерская патология, экстрагенитальные заболевания);

5) неполный объем лечебно-диагностических мероприятий по выявленным заболеваниям (акушерская патология, экстрагенитальные заболевания);

6) иное (не указанное в данном перечне, но необходимое лечение по конкретному случаю).

19. Дефекты госпитализации (описание):

1) отсутствие требуемого минимума обследований при плановой госпитализации;

2) не госпитализирован при имеющихся показаниях;

3) необоснованное направление на госпитализацию;

4) запоздавшая госпитализация;

5) оказание стационарозамещающей помощи без показаний;

6) иное (дефект по конкретному случаю, не указанное в данном перечне).

20. Качество и регулярность диспансеризации больного с хроническими формами заболеваний в соответствии с действующим законодательством в области здравоохранения (стандарты соблюдаются/ не соблюдаются, диспансеризация не проводилась).

21. Результаты лечения:

1) летальный исход (предотвратим на уровне первичной медико-санитарной, консультативно-диагностической и стационарозамещающей медицинской помощи), заполняются факторы:

отсутствие патологоанатомического исследования, за исключением случаев, предусмотренных законодательством;

отсутствие гистологического исследования;

своевременность госпитализации пациента;

социальное благополучие пациента;

ранняя диагностика патологического состояния;

назначение дополнительных методов исследования;

правильность трактовки данных клинических и лабораторных исследований, заключений консультантов;

своевременность назначения адекватного лечения, в том числе оперативного;

квалификация специалистов;

иной результат по конкретному случаю, не указанный в данном перечне;

2) исход "ухудшение" (необоснованное отклонение от основных лечебных и (или) диагностических мероприятий);

3) исход "без перемен" (необоснованное отклонение от основных лечебных и (или) диагностических мероприятий);

4) госпитализация в стационар, вследствие неэффективности лечения на амбулаторно - поликлиническом уровне;

5) случаи осложнений, возникших в результате лечения (необоснованное отклонение от основных лечебных и (или) диагностических мероприятий);

6) иной результат по конкретному случаю, не указанный в данном перечне.

22. Наличие рекомендаций (отсутствуют, неполные).

23. Наличие дефектов организационно-тактических мероприятий:

1) отсутствие доступа к санитарному транспорту, лекарственным средствам, изделиям медицинского назначения и медицинской технике;

2) отсутствие помощи больному со стороны Службы поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита);

3) отсутствие необходимых лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;

4) иное (дефект по конкретному случаю, не указанное в данном перечне).

24. Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП.

25. В случае смерти на дому, указать его предотвратимость, основываясь на выявленных дефектах качества и объема (профилактических, диагностических, лечебных и организационно-тактических).

26. Несоблюдение кодекса чести медицинских и фармацевтических работников (согласно статье 184 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения") (описание).

II. Экспертная оценка качества оказанных медицинских услуг

на уровне скорой медицинской помощи:

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного.
2. Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) (для гражданина Республики Казахстан).
3. Дата рождения, возраст (полных лет).
4. Национальность.
5. Место жительства.
6. Источник финансирования вызова.
7. Описание жалоб (неполные, не соответствуют диагнозу и т.д.).
8. Описание анамнеза (не указан, не раскрыт полностью, не соответствуют диагнозу и т.д.).
9. Недооценка тяжести состояния (описание).
10. Доставка больного на госпитализацию без показаний (описание).
11. Отсутствие доставки больного в стационар при наличии показаний к госпитализации (описание).
12. Случаи повторных вызовов по тому же заболеванию в течение суток с момента первого вызова (описание).
13. Ошибки в диагнозе (описание):
 - 1) диагноз неполный;

2) случаи расхождения направительного и клинического диагноза;

3) диагноз не установлен;

4) иное (ошибка по конкретному случаю, не указанное в данном перечне).

14. Наличие дефектов организационно-тактических мероприятий:

1) несвоевременность прибытия бригады скорой помощи на вызов (не соблюдение утвержденного регламента времени);

2) непредоставление активов в организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь ;

3) иное (дефект по конкретному случаю, не указанное в данном перечне).

15. Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП.

16. В случае смертельного исхода указать его предотвратимость, основываясь на выявленных дефектах качества и объема (диагностических, лечебных и организационно-тактических).

17. Несоблюдение кодекса чести медицинскими и фармацевтическими работниками (согласно статье 184 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения") (описание).

III. Экспертная оценка качества оказанных медицинских услуг

на уровне стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи:

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного.

2. Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) (для гражданина Республики Казахстан).

3. Дата рождения, возраст (полных лет).

4. Национальность.

5. Место жительства.

6. Номер медицинской карты, период лечения.

7. Источник финансирования пролеченного случая.

8. Диагноз направившей организации.

9. Диагноз предварительный клинический

10. Диагноз заключительный клинический (основной, сопутствующий, осложнения).

11. Дефекты госпитализации (описание):

1) отсутствие требуемого минимума обследований при плановой госпитализации;

2) необоснованный отказ в госпитализации;

3) непрофильная госпитализация;

4) необоснованная госпитализация;

5) оказание стационарозамещающей помощи без показаний;

6) повторное незапланированное поступление (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания);

7) иное (дефект по конкретному случаю, не указанное в данном перечне).

12. Описание жалоб (неполные, не соответствуют диагнозу и т.д.).

13. Описание анамнеза (не указан, неполный, не соответствуют диагнозу, не раскрыты полностью и т.д.).

14. Ошибки в диагнозе (несоответствие Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем) (описание):

1) диагноз неполный:

не указаны основной, сопутствующий диагнозы и осложнения;

случаи расхождения клинического и морфологического диагноза;

иное (ошибка по конкретному случаю, не указанное в данном перечне);

2) диагноз не установлен.

15. Нарушение среднего срока лечения (необоснованная ранняя или поздняя выписка).

16. Недостатки обследования (диагностики) (неполное, несвоевременное, недооценена тяжести состояния и другое) - не соответствие стандартам в области здравоохранения (описание):

1) недоучет анамнестических и клинических данных;

2) неполное лабораторное обследование:

отсутствие в динамике общих клинических анализов (общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на яйца гельминтов и другое);

отсутствие биохимических анализов (печеночные пробы, холестерин, триглицериды, коагулограмма, фибриноген, протромбиновый индекс, время свертываемости крови и длительность кровотечения и другое);

иное (не указанное в данном перечне, но необходимое для постановки диагноза и назначения лечения лабораторное обследование по конкретному случаю);

3) неполное функциональное обследование:

отсутствие методов лучевой диагностики (рентгенологическое исследование, ультразвуковая диагностика, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и другое);

эндоскопические виды исследования;

иное (не указанное в данном перечне, но необходимое для постановки диагноза и назначения лечения функциональное обследование по конкретному случаю);

4) назначение обследований без показаний;

5) недоучет или переоценка результатов лабораторных и инструментальных данных;

6) недостаточная консультативная помощь высококвалифицированных специалистов;

7) недоучет или переоценка заключений консультантов:

консультация проведена вовремя, но мнение консультантов не учтено при постановке диагноза, что частично повлияло на исход заболевания;

консультация проведены вовремя, мнение консультантов учтено при определении диагноза, но не выполнены рекомендации консультанта по лечению, что частично повлияло на исход заболевания;

консультация не проведена, что привело к ошибочной трактовке симптомов и синдромов, которые отрицательно повлияли на исход заболевания;

иное (не указанная в данном перечне, необходимая консультация по конкретному случаю);

8) консилиум врачей по показаниям (проведен в полном объеме и своевременно или не проведен);

9) не обследован.

17. Неадекватная терапия (описание):

1) не соответствует утвержденным стандартам в области здравоохранения и (или) протоколам диагностики и лечения;

2) некорректное (необоснованное) назначение лекарственных средств, в том числе полипрагмазия;

3) иное (не указанное в данном перечне, но необходимое лечение по конкретному случаю).

18. Оказание помощи без участия профильных специалистов, при наличии показаний (описание)

19. Отсутствие динамического наблюдения.

20. Недостатки в проведении оперативного вмешательства (описание):

1) необоснованное дооперационное пребывание в стационар более трех дней;

2) запоздалое оперативное вмешательство;

3) неадекватный объем и метод оперативного вмешательства;

4) технические дефекты при операции;

5) операции без показаний;

6) развитие предотвратимых осложнений;

- 7) неадекватная анестезия;
- 8) отсутствие профилактики возможных осложнений;
- 9) отсутствие трансфузионных средств;
- 10) переливание компонентов крови без показаний;
- 11) не применение переливания компонентов крови при наличии показаний;
- 12) иное (недостаток по конкретному случаю, не указанное в данном перечне).

21. Результаты лечения:

1) летальный исход (не предотвратим, предотвратим на уровне стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи) – заполняются факторы:

отсутствие патологоанатомического исследования, за исключением случаев, предусмотренных законодательством;

отсутствие гистологического исследования;

своевременность госпитализации пациента;

социальное благополучие пациента;

ранняя диагностика патологического состояния;

назначение дополнительных методов исследования;

правильность трактовки данных клинических и лабораторных исследований, заключений консультантов;

своевременность назначения адекватного лечения, в том числе оперативного;

квалификация специалистов;

иной результат по конкретному случаю, не указанный в данном перечне;

2) исход "ухудшение" (необоснованное отклонение от основных лечебных и (или) диагностических мероприятий);

3) исход "без перемен" (необоснованное отклонение от основных лечебных и (или) диагностических мероприятий);

4) госпитализация в стационар, вследствие неэффективности лечения на амбулаторно - поликлиническом уровне;

5) случаи осложнений, возникших в результате лечения (необоснованное отклонение от основных лечебных и (или) диагностических мероприятий);

6) иной результат по конкретному случаю, не указанный в данном перечне.

22. Наличие согласования выписки с пациентом.

23. Наличие рекомендаций (отсутствуют, неполные).

24. Наличие дефектов организационно-тактических мероприятий:

1) отсутствие доступа к санитарному транспорту, лекарственным средствам, изделиям медицинского назначения и медицинской технике;

2) отсутствие помощи больному со стороны Службы поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита);

3) отсутствие необходимых лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;

4) иное (дефект по конкретному случаю, не указанное в данном перечне).

25. Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП.

26. В случае летального исхода указать его предотвратимость, основываясь на выявленных дефектах качества и объема (профилактических, диагностических, лечебных и организационно-тактических).

27. Несоблюдение кодекса чести медицинскими и фармацевтическими работниками (согласно статье 184 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения") (описание).

IV. Нарушения со стороны пациента

1. Нет замечаний.

2. Позднее обращение за медицинской помощью.
3. Нерегулярное наблюдение у врача.
4. Невыполнение или нерегулярное выполнение рекомендаций врача.
5. Отказ от предложенного лечения.
6. Самостоятельное лечение.
7. Отказ от госпитализации.
8. Нарушение режима пребывания в стационаре.
9. Самовольный уход из стационара.
10. Нарушение этики по отношению к медицинским работникам субъекта здравоохранения.
11. иное (нарушение по конкретному случаю, не указанное в данном перечне).

V. Выводы

Указать основные выводы по выявленным дефектам оказания медицинских услуг.

В случаях, если внеплановая проверка проведена на основании жалобы на качество оказанных медицинских услуг, необходимо указать обоснованность жалобы (обоснованная/частично/необоснованная) и дать пояснения по каждому доводу заявителя.

Председатель комиссии _____

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

Члены комиссии _____

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

Дата " ____ " _____ 20 ____ года

Перечень услуг,

затраты по которым учитываются при оплате за оказанный комплекс

амбулаторно-поликлинических услуг ГОБМП субъектами здравоохранения

городского значения и субъектами здравоохранения районного значения и

села по комплексному подушевому нормативу

1. Комплексный подушевой норматив АПП и комплексный подушевой норматив на сельское население включают услуги АПП, в том числе услуги:

на проведение профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, направленных на раннее выявление и предупреждение:

заболеваний у детей до 18 лет;

основных болезней системы кровообращения (артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца);

сахарного диабета среди мужчин и женщин;

предопухолевых, злокачественных новообразований молочной железы среди женщин;

глаукомы среди мужчин и женщин.

2. Комплексный подушевой норматив АПП и комплексный подушевой норматив на сельское население не включают консультативно-диагностические услуги (далее – КДУ), по которым возмещение осуществляется:

1) за счет средств местного бюджета, включая консультативно-диагностические услуги:

участникам, инвалидам Великой Отечественной войны и лицам, приравненным к ним, оказываемые в специализированных организациях здравоохранения;

гражданам Республики Казахстан призывного возраста в период прохождения призывной комиссии;

в кожно-венерологических (отделениях при многопрофильных больницах), психоневрологических, наркологических, противотуберкулезных и врачебно-физкультурных диспансерах;

в центрах по формированию здорового образа жизни;

2) за счет средств республиканского бюджета в рамках ЦТТ:

на проведение скрининговых исследований согласно Правил использования целевых текущих трансфертов из республиканского бюджета областными бюджетами, бюджетами городов Астаны и Алматы на здравоохранение, утвержденных постановлением Правительства Республики Казахстан на текущий финансовый год;

на оказание медицинской помощи онкологическим больным в рамках ГОБМП;

на оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и на оказание медицинской помощи субъектами здравоохранения районного значения и села в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в части КДУ:

на оказание ортодонтической помощи детям с врожденной патологией челюстно-лицевой области с использованием аппарата для устранения зубочелюстных аномалий (ортодонтическая пластинка);

в травматологических пунктах;

передвижным медицинским комплексом;

на оказание стоматологической помощи в соответствии с Перечнем гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, утвержденным постановлением Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2136 (далее – Перечень ГОБМП);

в реабилитационных центрах;

по видам дорогостоящих услуг, определенным в соответствии с Перечнем ГОБМП. Услуги позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ) оказываются на республиканском уровне и возмещаются за счет средств республиканского бюджета;

3) за счет средств республиканского бюджета на неонатальный скрининг, который проводится на стационарном уровне и предусмотрен в стоимости пролеченного случая по клинико-затратным группам.

| | |
|--|---|
| | <p>Приложение 4 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств</p> |
|--|---|

Перечень случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том числе частично, по результатам контроля качества и объема оказанной амбулаторно-поликлинической помощи (первичной медико-санитарной и консультативно-диагностической)

| № | № кода | Наименование | Единица измерения | Подлежит к снятию от стоимости гарантированного компонента утвержденного комплексного подушевого норматива (КПН) на 1 жителя в месяц |
|----|---------|--|-------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | | Первичная медико-санитарная помощь | | |
| 2 | | Контроль профилактических, лечебно-диагностических мероприятий | | |
| 3 | 3.1.6 | Необоснованное отклонение лечебно-диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 случай | 15 кратный размер КПН |
| 4 | 3.2.1 | Обоснованные жалобы на качество оказанных медицинских услуг | | |
| 5 | 3.2.1.1 | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения | | 15 кратный размер КПН |
| 6 | 3.2.1.2 | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 случай | 15 кратный размер КПН |
| 7 | 3.2.1.3 | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП | | 15 кратный размер КПН |
| 8 | 3.2.1.4 | Нарушение этики медицинскими работниками | | 4 кратный размер КПН |
| 9 | 3.2.2 | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП | 1 случай | На сумму затрат, подтвержденных документально |
| 10 | 3.3 | Необоснованное направление больных на госпитализацию | 1 случай | 8 кратный размер КПН |
| 11 | 3.4 | Завышение объема оказанной медицинской помощи путем приписки | 1 случай | 20 кратный размер КПН |
| 12 | 3.5 | Несоблюдение стандартов диспансеризации | 1 случай | 4 кратный размер КПН |
| | | | | |

| | | | | |
|----|--|--|----------|---|
| 13 | 3.6 | Несоблюдение стандартов иммунопрофилактики | 1 случай | 15 кратный размер КПН |
| 14 | 3.7 | Случаи смерти на дому (предотвратимые) | 1 случай | 25 кратный размер КПН |
| 15 | Контроль наблюдения за детьми в возрасте до 1 года жизни | | | |
| 16 | 3.8 | Отсутствие патронажа новорожденного в первые 3 суток после выписки из родильного дома | 1 случай | 4 кратный размер КПН |
| 17 | 3.9 | Отклонение от стандартов наблюдения за детьми первого года жизни | 1 случай | 15 кратный размер КПН |
| 18 | Контроль наблюдения за беременными | | | |
| 19 | 3.10 | Несвоевременное взятие на учет по беременности (после 12 недельного срока беременности) | 1 случай | 8 кратный размер КПН |
| 20 | 3.11 | Отклонение от стандартов диагностики и лечения внутриутробной патологии плода | 1 случай | 15 кратный размер КПН |
| 21 | 3.12 | Отсутствие профилактических мероприятий с учетом прогноза течения беременности и родов | 1 случай | 8 кратный размер КПН |
| 22 | 3.13 | Отклонение от стандартов наблюдения за беременными | 1 случай | 8 кратный размер КПН |
| 23 | 3.14 | Отсутствие лечебно-диагностических мероприятий по выявленным заболеваниям (акушерская патология, экстрагенитальные заболевания) | 1 случай | 15 кратный размер КПН |
| 24 | 3.15 | Неполный объем лечебно-диагностических мероприятий по выявленным заболеваниям (акушерская патология, экстрагенитальные заболевания) | 1 случай | 8 кратный размер КПН |
| 25 | 3.16 | Отклонение от стандартов наблюдения в послеродовом периоде | 1 случай | 8 кратный размер КПН |
| 26 | Контроль наблюдения за подростками | | | |
| 27 | 3.17 | Несвоевременное взятие подростка на диспансерный учет | 1 случай | 15 кратный размер КПН |
| 28 | 3.18 | Отклонение от стандартов диспансеризации подростков (в том числе лечебно-профилактических мероприятий среди юношей допризывного и призывного возраста) | 1 случай | 15 кратный размер КПН |
| 29 | Консультативно-диагностическая помощь | | | |
| 30 | 4.2.2 | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП | 1 случай | На сумму затрат, подтвержденных документально |
| 31 | 4.1.6 | Необоснованное отклонение лечебно-диагностических мероприятий | 1 случай | 15 кратный размер КПН |

| | | | | |
|----|---------|--|----------|-----------------------|
| | | от стандартов в области здравоохранения | | |
| 32 | 4.3 | Необоснованное направление больных на госпитализацию | 1 случай | 8 кратный размер КПН |
| 33 | 4.4 | Завышение объема оказанной медицинской помощи путем приписки | 1 случай | 20 кратный размер КПН |
| 34 | 4.2.1 | Обоснованные жалобы на качество оказанных медицинских услуг | | |
| 35 | 4.2.1.1 | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 случай | 15 кратный размер КПН |
| 36 | 4.2.1.2 | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | | 15 кратный размер КПН |
| 37 | 4.2.1.3 | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП | | 15 кратный размер КПН |
| 38 | 4.2.1.4 | Нарушение этики медицинскими работниками | | 4 кратный размер КПН |

| | |
|--|---|
| | Приложение 5 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|---|

Форма

Протокол

исполнения договора на оказание гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи субъектом здравоохранения,

оказывающим первичную медико-санитарную помощь

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

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

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

| № п/ п | наименование | Предъявлено к оплате | | Принято к оплате | |
|--------------|--|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|
| | | численность населения | сумма , тенге | численность населения | сумма , тенге |
| 1 | Всего на оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению | | | | |
| | в том числе: | | | | |
| 1.1 | на оказание амбулаторно-поликлинической помощи: | | | | |
| | за счет трансфертов из республиканского бюджета | | | | |
| | за счет средств местного бюджета* | | | | |
| 1.2 | на стимулирование работников за достигнутые конечные результаты деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП | | | | |

Сумма на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП

| № п / | Индикаторы конечного результата | Предъявлено к оплате | | | | | Принято к оплате |
|-------------|--|----------------------|------------------------|-------------------|----------------------------------|---------------|------------------|
| | | Целевой показатель | Фактический показатель | Количество баллов | % достижения целевого показателя | Сумма , тенге | Сумма , тенге |
| Итого | | | | | | | |
| 1 | Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП | | | | | | |
| 2 | Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП | | | | | | |
| 3 | Своевременно диагностированный туберкулез легких | | | | | | |
| 4 | Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 1-2 стадии | | | | | | |
| 5 | Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|
| | сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт) | | | | | | |
| 6 | Обоснованные жалобы | | | | | | |

Лизинговые платежи

| Наименование | Количество услуг предъявленных к оплате | Предъявленная сумма лизингового платежа к оплате, тенге | Количество услуг к снятию с оплаты | Сумма лизингового платежа к снятию с оплаты | Количество услуг принятых к оплате | Принято к оплате сумма лизингового платежа, тенге |
|---|---|---|------------------------------------|---|------------------------------------|---|
| Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга | | | | | | |

Иные выплаты/вычеты

| № п/п | Основание | Согласно решения комиссии | |
|-------|-----------|---------------------------|---------------------|
| | | Сумма выплаты, тенге | Сумма вычета, тенге |
| ИТОГО | | | |

Всего предъявлено к оплате _____ тенге

Всего принято к оплате _____ тенге

Председатель: _____/_____

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

(для протокола на бумажном носителе)

Председатель: _____/_____

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

(для протокола на бумажном носителе)

_____ / _____

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

(для протокола на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Примечание:

* в случае если по решению местного представительного органа из средств местного бюджета выделено дополнительно на оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению.

| | |
|--|---|
| | Приложение 6 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|---|

Форма

Акт выполненных работ (услуг),

оказанных в рамках гарантированного объема бесплатной

медицинской помощи субъектом здравоохранения, оказывающим

первичную медико-санитарную помощь

№ _____ от " ____ " _____ 20__ года

Период с " ____ " _____ 20__ года по " ____ " _____ 20__ года

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

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Общая сумма по Договору _____ тенге

Общая сумма выплаченного аванса _____ тенге

Общая сумма оплаченных (оказанных) услуг _____ тенге

Общая сумма лизинговых платежей на текущий год согласно

Договору _____ тенге

Комплексный подушевой норматив в расчете на одного

прикрепленного человека в месяц _____ тенге

в том числе:

гарантированная часть комплексного подушевого норматива

_____ тенге

стимулирующая часть комплексного подушевого норматива

_____ тенге

| № п/ п | наименование | Предъявлено к оплате | | Принято к оплате | |
|--------------|--|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|
| | | численность населения | сумма , тенге | численность населения | сумма , тенге |
| 1 | Всего на оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению, в том числе: | | | | |
| 1.1 | на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе: | | | | |
| | за счет трансфертов из республиканского бюджета | | | | |
| | за счет средств местного бюджета* | | | | |
| 1.2 | на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь за счет трансфертов из республиканского бюджета | | | | |

Сумма на стимулирование работников за достигнутые индикаторы

конечного результата деятельности субъекта здравоохранения,

оказывающего ПМСП

| № п / п | Индикаторы оценки / деятельности | Предъявлено к оплате | | | | | Принято к оплате |
|---------|--|----------------------|------------------------|-------------------|----------------------------------|--------------|------------------|
| | | Целевой показатель | Фактический показатель | Количество баллов | % достижения целевого показателя | Сумма, тенге | Сумма, тенге |
| Итого | | | | | | | |
| 1 | Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП | | | | | | |
| 2 | Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП | | | | | | |
| 3 | Своевременно диагностированный туберкулез легких | | | | | | |
| 4 | Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 1-2 стадии | | | | | | |
| 5 | Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечнососудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт) | | | | | | |
| 6 | Обоснованные жалобы | | | | | | |

Лизинговые платежи

| Наименование | Количество услуг предъявленных к оплате | Предъявленная сумма лизингового платежа к оплате, тенге | Количество услуг к снятию с оплаты | Сумма лизингового платежа к снятию с оплаты | Количество услуг принятых к оплате | Принято к оплате сумма лизингового платежа, тенге |
|---|---|---|------------------------------------|---|------------------------------------|---|
| Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга | | | | | | |

Иные выплаты/вычеты

| № п/п | Основание | Согласно решения комиссии | |
|-------|-----------|---------------------------|---------------------|
| | | Сумма выплаты, тенге | Сумма вычета, тенге |
| ИТОГО | | | |

Всего принято к оплате: _____ тенге

в том числе возмещение лизинговых платежей _____ тенге

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса _____ тенге

Сумма к удержанию лизинговых платежей _____ тенге

Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит удержанию в

следующий период _____ тенге

Итого к перечислению _____ тенге

в том числе возмещение лизинговых платежей _____ тенге

| | |
|---|---|
| <p>Заказчик</p> <p>_____</p> <p>(наименование)</p> <p>Руководитель _____ / _____</p> <p>(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для акта на бумажном носителе)</p> <p>Место печати (для акта на бумажном носителе)</p> | <p>Поставщик</p> <p>_____</p> <p>(наименование)</p> <p>Руководитель _____ / _____</p> <p>(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для акта на бумажном носителе)</p> <p>Место печати (для акта на бумажном носителе)</p> |
|---|---|

Примечание:

* в случае если по решению местного представительного органа из средств местного бюджета выделено дополнительно на оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению.

Приложение 7
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств

Форма

Лист использования медицинской техники,

приобретенной на условиях финансового лизинга

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

| № п/п | Код медицинского оборудования | Наименование медицинского оборудования | Полный код услуги | Наименование услуги | Количество услуг |
|-------|-------------------------------|--|-------------------|---------------------|------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

Приложение 8
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств

Форма

СЧЕТ-РЕЕСТР

за оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

прикрепленному населению субъекта, оказывающего первичную

медико-санитарную помощь

№ _____ от "___" _____ 20__ года

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

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

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Количество прикрепленного населения _____ человек

Комплексный подушевой норматив в расчете на одного прикрепленного

человека в месяц _____ тенге

в том числе:

гарантированная часть комплексного подушевого норматива

_____ тенге

стимулирующая часть комплексного подушевого норматива

_____ тенге

| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате (тенге) |
|-----------------|---|------------------------------|
| А | Б | В |
| 1. | Всего на оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению, в том числе: | |
| 1.1 | на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе: | |
| | за счет трансфертов из республиканского бюджета | |
| | за счет местного бюджета* | |
| 1.2 | на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, за счет трансфертов из республиканского бюджета | |
| 2. | Сумма лизингового платежа | |
| Итого к оплате: | | |

Руководитель субъекта

здравоохранения (поставщика): _____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта

здравоохранения (поставщика): _____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

К данному счет-реестру прилагаются следующие приложения:

данные о динамике численности и структуре прикрепленного

населения по данным портала "Регистр прикрепленного населения" по

форме согласно таблице 1 к счет-реестру за оказание

амбулаторно-поликлинической помощи в рамках ГОБМП прикрепленному

населению субъекта, оказывающего ПМСП;

сумма на стимулирование работников за достигнутые индикаторы

конечного результата деятельности субъекта здравоохранения,

оказывающего ПМСП, по форме согласно таблице 2 к счет-реестру за

оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках ГОБМП

прикрепленному населению субъекта, оказывающего ПМСП;

реестр оказанных услуг ПМСП по форме согласно таблице 3 к

счет-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках

ГОБМП прикрепленному населению субъекта, оказывающего ПМСП;

реестр КДУ, оказанных без привлечения субподрядчика согласно

таблице 4 к счет-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической

помощи в рамках ГОБМП прикрепленному населению субъекта, оказывающего

ПМСП;

реестр КДУ оказанных с привлечением субподрядчика согласно

таблице 5 к счет-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической

помощи в рамках ГОБМП прикрепленному населению субъекта, оказывающего

ПМСП;

реестр оказанных КДУ с использованием медицинской техники,

приобретенной на условиях финансового лизинга согласно таблице 6 к

счет-реестру за оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках

ГОБМП прикрепленному населению субъекта, оказывающего ПМСП.

Примечание:* в случае если по решению местного

представительного органа из средств местного бюджета выделено

дополнительно на оказание амбулаторно-поликлинической помощи

прикрепленному населению.

Таблица 1

к счет-реестру за оказание

амбулаторно-поликлинической помощи

в рамках гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

прикрепленному населению субъекта,

оказывающего первичную

медико-санитарную помощь

Форма

Данные о динамике численности и структуре прикрепленного

населения по данным портала "Регистр прикрепленного населения"*

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

человек

| 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 | |
| | | | | | | | |

| Половозрастная структура прикрепленного населения на конец отчетного периода | | | |
|--|-------|--------------|---------|
| Возраст | Итого | в том числе: | |
| | | Мужчины | Женщины |
| 0-12 месяцев | | | |
| 12 месяцев - 4 года | | | |
| 5-9 лет | | | |
| 10-14 лет | | | |
| 15-19 лет | | | |
| 20-29 лет | | | |
| 30-39 лет | | | |
| 40-49 лет | | | |
| 50-59 лет | | | |

| | | | |
|-------------|--|--|--|
| 60-69 лет | | | |
| 70 и старше | | | |
| Итого: | | | |

Подтверждаем, что

1) количеству прикрепленного населения за отчетный период

соответствует:

по свободному выбору: количеству заявлений граждан и копии

документов, удостоверяющих их личность;

по территориальному распределению: (указать приказ управления

здравоохранения);

2) количеству открепленного населения соответствует:

по смерти: количеству справок о смерти /перинатальной смерти

по выезду за пределы страны: количеству заявлений граждан и копии

документов, удостоверяющих их личность

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Проверено:

Руководитель СИ _____/_____

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

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Примечание:

*данные таблицы представляются в качестве информации о динамике

численности и структуре прикрепленного населения по данным портала

"Регистр прикрепленного населения" и не влияют на оплату за отчетный

период.

Таблица 2

к счет-реестру за оказание

амбулаторно-поликлинической помощи

в рамках гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

прикрепленному населению субъекта,

оказывающего первичную

| | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 3 | Своевременно диагностированный туберкулез легких | | | | | | | |
| 4 | Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 1-2 стадии | | | | | | | |
| 5 | Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечнососудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт) | | | | | | | |
| 6 | Обоснованные жалобы | | | | | | | |

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Примечание:

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

**значение целевого показателя установлено в соответствии с

Соглашением о результатах по целевым трансфертам на текущий

финансовый год, заключенным между Министром здравоохранения

Республики Казахстан и Акимом области, городов республиканского

значения и столицы и соответствует данным портала "ДКПН";

количество баллов указано в максимальном значении в соответствии с

приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября

2009 года № 801 "Об утверждении Методики формирования тарифов и

планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи";

сумма распределена по индикаторам конечного результата деятельности

субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП, на основании данных по

заключенному договору на оказание ГОБМП.

*** данные соответствуют данным портала "ДКПН" после закрытия

отчетного периода в портале "ДКПН" управлением здравоохранения

областей, города республиканского значения и столицы.

Таблица 3

к счет-реестру за оказание

амбулаторно-поликлинической помощи

в рамках гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

прикрепленному населению субъекта,

оказывающего первичную

медико-санитарную помощь

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* |
|--------|-------------------|---------------------|-------------------------|------------------|---------------|
| А | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | | | | | |
| Всего: | | | | | |

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Примечание:

* данные формируются на основании введенных данных в ИС "АПП";

** сумма не влияет на оплату за отчетный период.

Таблица 4

к счет-реестру за оказание

амбулаторно-поликлинической помощи

в рамках гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

прикрепленному населению субъекта,

оказывающего первичную

медико-санитарную помощь

Форма

Реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных без

привлечения субподрядчика*

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

| № п/п | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге* * |
|--------|-------------------|---------------------|-------------------------|------------------|--------------------|
| А | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | | | | | |
| Всего: | | | | | |

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Примечание:

* данные формируются на основании введенных данных в ИС "АПП";

** сумма не влияет на оплату за отчетный период.

Таблица 5

к счет-реестру за оказание

амбулаторно-поликлинической помощи

в рамках гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

прикрепленному населению субъекта,

оказывающего первичную

медико-санитарную помощь

Форма

Реестр консультативно-диагностических услуг оказанных с

привлечением субподрядчика*

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

| № п/п | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге** |
|--|-------------------|---------------------|-------------------------|------------------|----------------|
| A | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Наименование субподрядчика _____ (по договору субподряда от _____ № ___) | | | | | |
| в том числе: | | | | | |
| 1) услуги по договору субподряда, итого: | | | | | |
| по направлениям специалистов ПМСП, итого | | | | | |
| | | | | | |
| по экстренным показаниям, итого | | | | | |
| | | | | | |
| по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов субподрядчика (дополнительные услуги), итого | | | | | |
| | | | | | |
| 2) услуги, не включенные в договор субподряда, итого: | | | | | |
| по направлениям специалистов ПМСП, итого | | | | | |
| | | | | | |
| по экстренным показаниям, итого | | | | | |
| | | | | | |
| по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов субподрядчика (дополнительные услуги), итого | | | | | |
| | | | | | |
| Всего: | | | | | |

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Примечание:

* данные формируются на основании введенных данных ИС "АПП";

** сумма не влияет на оплату за отчетный период, подлежит

оплате субподрядчикам в порядке и сроки определенные настоящими

Правилами.

Таблица 6

к счет-реестру за оказание

амбулаторно-поликлинической помощи

в рамках гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

прикрепленному населению субъекта,

оказывающего первичную

медико-санитарную помощь

Форма

Реестр оказанных консультативно-диагностических услуг с

использованием медицинской техники, приобретенной на условиях

финансового лизинга

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

| Код медицинского оборудования | Наименование медицинского оборудования | Полный код услуги | Наименование услуги | Лизинговый платеж на 1 услугу, тенге | Количество услуг | Сумма лизингового платежа к оплате, тенге |
|-------------------------------------|--|-------------------------|------------------------|---|---------------------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |
| Всего | | | | | | |

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

"___" _____ 20__ года

Приложение 9
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств

Форма

Информация о структуре доходов при оказании

амбулаторно-поликлинической помощи субъектом здравоохранения,

оказывающим первичную медико-санитарную помощь

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

(наименование субъекта здравоохранения)

| № п/ п | Наименование услуги | Источники дохода, тыс.тенге | | |
|--------------|---|-----------------------------|--|----------------------------------|
| | | ВСЕГО | В том числе бюджетные средства | |
| | | | за счет средств республиканского бюджета в виде ЦТТ* | за счет средств местного бюджета |
| А | Б | 1 | 2 | 3 |
| 1 | Доход за отчетный период, всего | | | |
| | в том числе: | | | |
| 1.1 | Оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках ГОБМП | | | |
| | в т.ч. на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП** | | | |
| 1.2 | Оказание амбулаторно-поликлинической помощи в рамках ГОБМП по договору субподряда | | | |
| 1.3 | Проведение скрининговых исследований целевым группам населения | | | |
| | ... другие услуги (указать) | | | |

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Примечание:

*ЦТТ - целевой текущий трансферт;

** ПМСП - первичная медико-санитарная помощь.

| | |
|--|--|
| | Приложение 10 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Информация о структуре расходов

при оказании амбулаторно-поликлинической помощи субъектом

здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь

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

(наименование субъекта здравоохранения)

| № п /п | Наименование расходов | Расходы в месяц, тыс. тенге | |
|--------|---|-----------------------------|---------------------------------------|
| | | Всего | в том числе за счет бюджетных средств |
| A | B | 1 | 2 |
| I | Кредиторская задолженность на начало периода, итого | | |
| | в том числе | | |
| | | | |

| | | | |
|-----|--|--|--|
| | по заработной плате | | |
| | по медикаментам и прочим средствам медицинского назначения | | |
| | по договору субподряда | | |
| II | Кредиторская задолженность на конец периода, итого | | |
| | в том числе | | |
| | по заработной плате | | |
| | по медикаментам и прочим средствам медицинского назначения | | |
| | по договору субподряда | | |
| III | Остаток средств на расчетном счету | | |
| IV | Всего доход | | |
| V | Всего расход | | |
| 1 | Заработная плата | | |
| 1.1 | Оплата труда | | |
| | в т.ч. | | |
| | Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры | | |
| | Средний медицинский и фармацевтический персонал | | |
| | Младший медицинский персонал | | |
| | Прочий персонал | | |
| 1.2 | Дополнительные денежные выплаты (премии и дифференцированная оплата, единовременное пособие к отпуску, материальная помощь) | | |
| | Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры | | |
| | Средний медицинский и фармацевтический персонал | | |
| | Младший медицинский персонал | | |
| | Прочий персонал | | |
| | в.т.ч. дифференцированная оплата | | |
| | Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры | | |
| | Средний медицинский и фармацевтический персонал | | |
| | Младший медицинский персонал | | |
| | Прочий персонал | | |
| | из них стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП | | |
| | Врачебный персонал | | |
| | Средний медицинский персонал | | |
| | Прочий персонал (социальные работники и психологи) | | |
| 1.3 | Компенсационные выплаты | | |
| 2. | Налоги и другие обязательства в бюджет | | |
| 2.1 | Социальный налог | | |
| | | | |

| | | | |
|-----|---|--|--|
| 2.2 | Социальные отчисления в Государственный фонд социального страхования | | |
| 2.3 | Взносы на обязательное страхование | | |
| 3. | Приобретение товаров | | |
| 3.1 | Приобретение медикаментов и прочих средств медицинского назначения | | |
| 3.2 | Приобретение прочих товаров в т.ч. мягкого инвентаря | | |
| 4. | Коммунальные и прочие услуги | | |
| 4.1 | Оплата коммунальных услуг, всего в том числе: за горячую, холодную воду, канализацию за газ, электроэнергию за теплоэнергию | | |
| 4.2 | Оплата услуг связи | | |
| 4.3 | Прочие услуги и работы, всего в т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров на оплату услуг по договору субподряда расходы на текущий ремонт за аренду | | |
| 5. | Другие текущие затраты | | |
| 5.1 | Командировки и служебные разъезды внутри страны в т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров субъекта здравоохранения | | |
| 5.2 | Командировки и служебные разъезды за пределы страны в.т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров субъекта здравоохранения другие налоги и обязательные платежи в бюджет | | |
| 5.3 | Прочие текущие затраты | | |
| 6. | Лизинговые платежи | | |
| VI | Приобретение основных средств в т.ч. оборудования стоимостью до 5 млн. тенге | | |

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

| | |
|--|--|
| | Приложение 11 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Информация

о дифференцированной оплате работников

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

(наименование субъекта здравоохранения)

| № п / п | Наименование | Фактическая численность работников (человек) | | Фонд оплаты труда, тыс.тенге | в том числе дополнительные денежные выплаты | |
|------------------|---|---|---|---------------------------------------|---|---|
| | | всего | в том числе получившие дифференцированную оплату | | всего | из них на дифференцированную оплату труда |
| А | Б | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | ВСЕГО, в том числе: | | | | | |
| 1 | Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры | | | | | |
| | в том числе: врачебный персонал ПМСП | | | | | |
| | | | | | | |

| № п/п | Наименование | Всего работников, человек | в том числе | | | | | | С |
|-------|-----------------------------|---------------------------|-------------|--------------------|---|--------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| | | | Врачей | из них врачей ПМСП | Фармацевтов (с высшим образованием), провизоров | Средних медицинских работников | из них средних медицинских работников ПМСП | Средних фармацевтических работников | |
| А | Б | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | Всего специалистов, из них: | | | | | | | | |
| 1.1 | повысили квалификацию | | | | | | | | |
| 1.2 | прошли переподготовку | | | | | | | | |
| | ИТОГО | | | | | | | | |

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

| | |
|--|--|
| | Приложение 13 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Отчет

по случаям обоснованных обращений физических лиц (жалоб)

на деятельность субъекта здравоохранения, оказывающего

первичную медико-санитарную помощь по области / городу

республиканского значения _____

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

| № п/п | Данные субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП | | | Ф.И.О. физического лица, подавшего жалобу | Данные физического лица, прикрепленного к субъекту здравоохранения, оказывающему ПМСП | | | Дата регистрации жалобы (чч.мм.гг.) | Дата завершения проверки (чч.мм.гг.) | |
|-------|--|----------------------|--------------------------|---|---|--------|---------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------|
| | Наименование субъекта | Наименование участка | Ф.И.О. и должность врача | | ИНН | Ф.И.О. | Дата рождения (чч.мм.гг.) | | | Адрес проживания |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| ... | | | | | | | | | | |

Всего обоснованных жалоб за отчетный период: _____ случаев

Руководитель ТД ККМФД МЗ РК _____ / _____

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

(для отчета на бумажном носителе)

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

"___" _____ 20 __ года

| | |
|--|--|
| | Приложение 14 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Отчет

по случаям материнской смертности на уровне первичной

медико-санитарной помощи по области / городу республиканского

значения _____

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

| № п/п | Данные субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП | | | Данные физического лица, прикрепленного к субъекту здравоохранения, оказывающему ПМСП | | | | | | Дата регистрации смерти | |
|-------|--|----------------------|--------------------------|---|--------|---------------------------|------------------|----------------------|--------------|-------------------------|--|
| | Наименование субъекта | Наименование участка | Ф.И.О. и должность врача | ИНН | Ф.И.О. | Дата рождения (чч.мм.гг.) | Адрес проживания | Место "д" наблюдения | Место смерти | | Диагноз по МКБ-10 (с указанием причины смерти) |
| А | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1 | | | | | | | | | | | |
| ... | | | | | | | | | | | |

Примечание:

*указываются сведения о предотвратимости смерти по каждому

случаю: предотвратимая, предотвратимая или экспертиза не завершена

Всего случаев материнской смертности за отчетный период:

_____ случаев, из них:

предотвратимые на уровне ПМСП (участвуют в расчете суммы СКПН):

_____ случаев;

не предотвратимые на уровне ПМСП (не участвуют в расчете суммы

СКПН): _____ случаев;

экспертиза не завершена: (не участвуют в расчете суммы СКПН):

_____ случаев

Руководитель ТД ККМФД МЗ РК _____ / _____

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

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

| |
|--|
| Приложение 15 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|

Форма

Отчет

по случаям детской (от 7 дней до 5 лет) смертности на уровне

первичной медико-санитарной помощи по области / городу

республиканского значения _____

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

| № п / п | Данные субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП | | | Данные физического лица, прикрепленного к субъекту здравоохранения, оказывающему ПМСП | | | | | Дата реги смер чч.м | |
|---------|--|----------------------|--------------------------|---|---------|-----------------------------|------------------|----------------------|---------------------|--------------|
| | Наименование субъекта | Наименование участка | Ф.И.О. и должность врача | ИНН | Ф.И.О . | Дата рождения (чч.мм.гг .) | Адрес проживания | Место "Д" наблюдения | | Место смерти |
| А 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1 | | | | | | | | | | |

Всего случаев детской смертности за отчетный период: _____

случаев, из них:

предотвратимые на уровне ПМСП (участвуют в расчете суммы СКПН):

_____ случаев;

не предотвратимые на уровне ПМСП (не участвуют в расчете суммы

СКПН): _____ случаев;

экспертиза не завершена: (не участвуют в расчете суммы СКПН):

_____ случаев

Руководитель ТД ККМФД МЗ РК _____ / _____

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

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Примечание: *указываются сведения о предотвратимости смерти по каждому случаю: предотвратимая, не предотвратимая или экспертиза не завершена.

| | |
|--|--|
| | Приложение 16 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Отчет

по корректности и достоверности загрузки данных из информационных

систем для расчета значений индикаторов и сумм стимулирующего

компонента комплексного подушевого норматива * по области / городу

республиканского значения _____

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

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Примечание:

* корректность и полнота загрузки данных из информационных систем для расчета значений индикаторов и сумм стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива в соответствии с Методикой формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, утвержденной приказом МЗ РК от 26.11.2009г №801.

| | |
|--|--|
| | Приложение 17 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Отчет

по распределению сумм стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива работникам субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь

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

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

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Население (по РПН), человек: _____

Уровень достижения результата, %: _____

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Первый руководитель самостоятельного Центра семейного здоровья или врачебной амбулатории | | | | | | | | |
| Заведующий отделением | | | | | | | | |
| Старшая медицинская сестра | | | | | | | | |
| Врачи отделения профилактической и социально-психологической помощи ЦСЗ | | | | | | | | |
| СМР отделения профилактической и социально-психологической помощи ЦСЗ | | | | | | | | |

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

| | |
|--|--|
| | <p>Приложение 18 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств</p> |
|--|--|

Форма

СЧЕТ-РЕЕСТР

за оказанные консультативно-диагностические услуги в рамках
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет
средств местного бюджета, включая целевые текущие трансферты

№ _____ от "___" _____ 20__ года

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

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

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

| № п/п | Наименование | Количество услуг | Предъявлено к оплате (тенге) |
|----------------|---|------------------|------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Всего за оказание консультативно диагностической медицинской помощи, в том числе: | | |
| 1.1. | за счет трансфертов из республиканского бюджета | | |
| 1.2. | за счет местного бюджета | | |
| 2. | Сумма лизингового платежа | | |
| Итого к оплате | | | |

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" _____ " _____ 20__ года

К данному счет-реестру прилагаются следующие приложения:

реестр оказанных населению консультативно-диагностических услуг

по направлению специалиста субъекта, оказывающего ПМСП;

реестр оказанных населению консультативно-диагностических услуг

без направления специалиста субъекта, оказывающего ПМСП;

реестр оказанных консультативно-диагностических услуг с

использованием медицинской техники, приобретенной на условиях

финансового лизинга

Таблица 1

к счет-реестру за оказанные

консультативно-диагностические

услуги в рамках гарантированного

объема бесплатной медицинской

помощи за счет средств

местного бюджета

Форма

Реестр оказанных населению консультативно-диагностических услуг по

направлению специалиста субъекта, оказывающего ПМСП

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

| № п/п | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге |
|---|-------------------|---------------------|-------------------------|------------------|--------------|
| А | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Наименование субъекта, оказывающего ПМСП: _____ | | | | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| Всего: | | | | | |
| | | | | | |

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

"___" _____ 20__ года

Таблица 2

к счет-реестру за оказанные

консультативно-диагностические

услуги в рамках гарантированного

объема бесплатной медицинской

помощи за счет средств

местного бюджета

Форма

Реестр оказанных населению консультативно-диагностических услуг без

направления специалиста субъекта, оказывающего ПМСП

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

| № п/п | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге |
|--|-------------------|---------------------|-------------------------|------------------|--------------|
| А | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| По экстренным показаниям, итого | | | | | |
| | | | | | |
| По медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов, итого | | | | | |
| | | | | | |
| Всего: | | | | | |

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Таблица 3

к счет-реестру за оказанные

консультативно-диагностические

услуги в рамках гарантированного

объема бесплатной медицинской

помощи за счет средств

местного бюджета

Форма

Реестр оказанных консультативно-диагностических услуг с

использованием медицинской техники, приобретенной

на условиях финансового лизинга

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

| Код медицинского оборудования | Наименование медицинского оборудования | Полный код услуги | Наименование услуги | Лизинговый платеж на 1 услугу, тенге | Количество услуг | Сумма лизингового платежа к оплате, тенге |
|-------------------------------------|--|-------------------------|------------------------|---|---------------------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |
| Всего | | | | | | |

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

| | |
|--|--|
| | Приложение 19 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Протокол

исполнения договора на оказание гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи за счет средств местного

бюджета, включая целевые текущие трансферты

№ _____ от " ____ " _____ 20__ года

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

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

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| № п /п | Наименование | Количество услуг | Предъявлено к оплате, тенге | Снято с оплаты*, тенге | Принято к оплате, тенге |
|--------|---|------------------|-----------------------------|------------------------|-------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Всего за оказание консультативно - диагностической медицинской помощи, в том числе: | | | | |
| 1.1 . | за счет трансфертов из республиканского бюджета | | | | |
| 1.2 . | за счет местного бюджета | | | | |

Лизинговые платежи

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| Наименование | Предъявлено к оплате | | Снято с оплаты | | Принято к оплате | |
|---|----------------------|----------------------------------|------------------|----------------------------------|------------------|----------------------------------|
| | Количество услуг | Сумма лизингового платежа, тенге | Количество услуг | Сумма лизингового платежа, тенге | Количество услуг | Сумма лизингового платежа, тенге |
| Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга | | | | | | |

Иные выплаты/вычеты

| № п/п | Основание | Согласно решения комиссии | |
|-------|-----------|---------------------------|---------------------|
| | | Выплаты, сумма тенге | Вычеты, сумма тенге |
| ИТОГО | | | |

Всего предъявлено к оплате _____ тенге

Всего принято к оплате _____ тенге

Председатель: _____/_____

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

(для протокола на бумажном носителе)

Члены комиссии: _____/_____

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

(для протокола на бумажном носителе)

_____/_____

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

(для протокола на бумажном носителе)

Ознакомлен: _____/_____

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

Место печати (для протокола на бумажном носителе)

Дата " ____ " _____ 20 ____ года.

К данному протоколу прилагается акт контроля качества и объема

медицинской помощи.

Примечание:

*Снято с оплаты, в том числе частично, за отчетный и предыдущие

периоды по результатам выборочных, внеплановых проверок и иных форм

контроля ТД ККМФД.

Форма

Акт выполненных работ (услуг),

оказанных в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской

помощи за счет средств местного бюджета, включая целевые

текущие трансферты

№ _____ от "___" _____ 20__ года

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

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

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Общая сумма по Договору _____ тенге

Общая сумма выплаченного аванса _____ тенге

Общая сумма оплаченных (оказанных) услуг _____ тенге

Общая сумма лизинговых платежей на текущий год согласно

Договору _____ тенге

| № п/п | Наименование работ (услуг) | Предъявлено к оплате, тенге | Принято к оплате, тенге |
|-------|--|-----------------------------|-------------------------|
| 1. | Всего за оказание консультативно - диагностической медицинской помощи, в том числе : | 2 | 3 |
| 1.1. | за счет трансфертов из республиканского бюджета | | |
| 1.2. | за счет местного бюджета | | |

Лизинговые платежи

| Наименование | Предъявлено к оплате | | Снято с оплаты | | Принято к оплате | |
|---|----------------------|----------------------------------|------------------|----------------------------------|------------------|----------------------------------|
| | Количество услуг | Сумма лизингового платежа, тенге | Количество услуг | Сумма лизингового платежа, тенге | Количество услуг | Сумма лизингового платежа, тенге |
| Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга | | | | | | |

Иные выплаты/вычеты

| № п/п | Основание | Согласно решения комиссии | |
|-------|-----------|---------------------------|---------------------|
| | | Выплаты, сумма тенге | Вычеты, сумма тенге |
| ИТОГО | | | |

Всего принято к оплате: _____ тенге

в том числе возмещение лизинговых платежей _____ тенге

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса _____ тенге

Сумма к удержанию лизинговых платежей _____ тенге

Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит удержанию в

следующий период _____ тенге

Итого к перечислению _____ тенге

в том числе возмещение лизинговых платежей _____ тенге

| | |
|---|--|
| Заказчик _____ (наименование) Руководитель _____ / _____ (Фамилия, имя, отчество (при его | Поставщик _____ (наименование) Руководитель _____ / _____ (Фамилия, имя, отчество (при его |
|---|--|

| | |
|--|---|
| наличии)/подпись) (для акта на бумажном носителе) Место печати (для акта на бумажном носителе) | наличии)/подпись) (для акта на бумажном носителе) Место печати (для акта на бумажном носителе) |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | Приложение 21 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

СЧЕТ-РЕЕСТР

за оказанные консультативно-диагностические услуги в рамках

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет

средств республиканского бюджета

№ _____ от "___" _____ 20__ года

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

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

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Поправочные коэффициенты: (указать)*

| № п/п | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги | Количество услуг к оплате | Предъявлено к оплате (тенге) |
|-------|-------------------|---------------------|------------------|---------------------------|------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | | | | |
| Всего | | | | | |

Лизинговые платежи

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|-------------------|
| | | | | | Сумма лизингового |
|--|--|--|--|--|-------------------|

| Код медицинского оборудования | Наименование медицинского оборудования | Полный код услуги | Наименование услуги | Лизинговый платеж на 1 услугу, тенге | Количество услуг | платежа к оплате, тенге |
|-------------------------------------|--|-------------------------|------------------------|---|---------------------|-------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |
| Всего | | | | | | |

Итого к оплате: _____ тенге

Руководитель медицинской организации (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер медицинской организации (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

К данному счет-реестру прилагаются следующие приложения:

реестр оказанных населению консультативно-диагностических

услуг;

реестр оказанных консультативно-диагностических услуг с

использованием медицинской техники, приобретенной на условиях

финансового лизинга

Примечание:

* Указываются поправочные коэффициенты, применительные к

конкретному субъекту здравоохранения, оказывающему КДУ.

Таблица 1

к счет-реестру за оказанные

консультативно-диагностические

услуги в рамках гарантированного

объема бесплатной медицинской

помощи за счет средств

республиканского бюджета

Форма

Реестр оказанных населению консультативно-диагностических услуг

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

| № п/п | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге |
|--------|-------------------|---------------------|-------------------------|------------------|--------------|
| A | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| ... | | | | | |
| Всего: | | | | | |

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Таблица 3

к счет-реестру за оказанные

консультативно-диагностические

услуги в рамках гарантированного

объема бесплатной медицинской

помощи за счет средств

республиканского бюджета

Форма

Реестр оказанных консультативно-диагностических услуг с

использованием медицинской техники, приобретенной

на условиях финансового лизинга

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



| Код медицинского оборудования | Наименование медицинского оборудования | Полный код услуги | Наименование услуги | Лизинговый платеж на 1 услугу, тенге | Количество услуг | Сумма лизингового платежа к оплате, тенге |
|-------------------------------|--|-------------------|---------------------|--------------------------------------|------------------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |
| Всего | | | | | | |

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

| | |
|--|--|
| | <p>Приложение 22 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств</p> |
|--|--|

Форма

Протокол

исполнения договора на оказание гарантированного

объема бесплатной медицинской помощи за счет

республиканского бюджета

№ _____ от "___" _____ 20__ года

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

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

Наименование субъекта здравоохранения

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате по счету-реестру | | Снято с оплаты, 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 | Всего за оказание консультативно - диагностической медицинской помощи, в том числе: | | | | | | |
| 1.1 | Необоснованное проведение консультативно-диагностических услуг | | | | | | |
| 1.2 | Необоснованное увеличение количества консультативно-диагностических услуг | | | | | | |

Лизинговые платежи

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | | |
|--|----------------------|----------------|------------------|
| | Предъявлено к оплате | Снято с оплаты | Принято к оплате |
|--|----------------------|----------------|------------------|

| Наименование | Количество услуг | Сумма лизингового платежа, тенге | Количество услуг | Сумма лизингового платежа, тенге | Количество услуг | Сумма лизингового платежа, тенге |
|---|------------------|----------------------------------|------------------|----------------------------------|------------------|----------------------------------|
| Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга | | | | | | |

Иные выплаты/вычеты

| Основание | Согласно решению комиссии | |
|--------------|---------------------------|---------------------|
| | Выплаты, сумма тенге | Вычеты, сумма тенге |
| | | |
| | | |
| ИТОГО | | |

Всего предъявлено к оплате _____ тенге

Всего принято к оплате _____ тенге

Председатель: _____/_____

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

(для протокола на бумажном носителе)

Члены комиссии: _____/_____

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

(для протокола на бумажном носителе)

_____/_____

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

(для протокола на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20 ____ года

Ознакомлен: _____ / _____

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

Место печати (для протокола на бумажном носителе)

Дата " ____ " _____ 20 ____ года.

К данному протоколу прилагается акт контроля качества и объема

медицинской помощи.

Примечание:

*Снято с оплаты, в том числе частично, за отчетный и предыдущие

периоды по результатам выборочных, внеплановых проверок и иных форм

контроля ТД ККМФД.

| | |
|--|--|
| | Приложение 23 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Акт сверки

по результатам контроля объема за оказанные

консультативно-диагностические услуги, оплата которых

осуществляется за счет средств республиканского бюджета

№ ____ от " ____ " _____ 20 ____ года

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

(наименование территориального департамента Комитета оплаты

медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального

развития Республики Казахстан)

Наименование субъекта здравоохранения: _____

| № п / п | ИИН пациента | № статистической карты амбулаторного пациента | Код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги предъявленной к оплате | Случаи после контроля объема | | Стоимость услуги после контроля объема, тенге |
|---------|--------------|---|------------|---------------------|---|------------------------------|---------------------|---|
| | | | | | | Код по Перечню | Сумма снятия, тенге | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | Итого | | - | - | - | - | | |

Руководитель ТД КОМУ _____/_____

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

(для отчета на бумажном носителе)

Должностное лицо ТД КОМУ _____/_____

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

(для отчета на бумажном носителе)

Место печати (для акта на бумажном носителе) "___" _____ 20__ года

Перечень случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате,

в том числе частично, по результатам контроля качества и объема

оказанной консультативно-диагностической помощи, оплата которой

осуществляется за счет средств республиканского бюджета

| № | № кода | Наименование | Единица измерения | Подлежит снятию % от стоимости услуги |
|---|-----------|--|----------------------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 1.8 | Случаи необоснованного проведения услуг специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи, осуществляемой в форме консультативно-диагностической помощи | 1 услуга | 100% |
| 2 | 1.9 | Случаи необоснованного удорожания стоимости консультативно-диагностической помощи | 1 услуга | 100% |
| 3 | 1.1 | Необоснованное увеличение количества консультативно-диагностической помощи | 1 услуга | 100% |

Приложение 25
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств

Форма

Акт выполненных работ (услуг),

оказанных в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской

помощи в форме консультативно-диагностической помощи, оплата

которой осуществляется за счет средств республиканского бюджета

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

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

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

Наименование субъекта здравоохранения

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Общая сумма Договора _____ тенге

Общая сумма выплаченного аванса _____ тенге

Общая стоимость оплаченных работ

(оказанных услуг) _____ тенге

Общая сумма лизинговых платежей на текущий год согласно

Договору _____ тенге

| № п/п | Наименование услуг | Предъявлено к оплате по счету-реестру | | Принято к оплате | |
|-------|---|---------------------------------------|---------------|------------------|---------------|
| | | Количество услуг | Сумма (тенге) | Количество услуг | Сумма (тенге) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Всего за оказание консультативно - диагностической медицинской помощи | | | | |

Лизинговые платежи

| Наименование | Предъявлено к оплате | | Снято с оплаты | | Принято к оплате | |
|---|----------------------|----------------------------------|------------------|----------------------------------|------------------|----------------------------------|
| | Количество услуг | Сумма лизингового платежа, тенге | Количество услуг | Сумма лизингового платежа, тенге | Количество услуг | Сумма лизингового платежа, тенге |
| Всего с использованием медицинской техники, | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| приобретенной на условиях финансового лизинга | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

Иные выплаты/вычеты

| Основание | Согласно решению комиссии | |
|-----------|---------------------------|---------------------|
| | Выплаты, сумма тенге | Вычеты, сумма тенге |
| | | |
| | | |
| ИТОГО | | |

Всего принято к оплате: _____ тенге

в том числе возмещение лизинговых платежей _____ тенге

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса _____ тенге

Сумма к удержанию лизинговых платежей _____ тенге

Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит удержанию в

следующий период _____ тенге

Итого к перечислению _____ тенге

в том числе возмещение лизинговых платежей _____ тенге

| | |
|--|--|
| Заказчик | Поставщик |
| _____ | _____ |
| (наименование) | (наименование) |
| Руководитель _____ / _____ | Руководитель _____ / _____ |
| (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для акта на бумажном носителе) | (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для акта на бумажном носителе) |
| Место печати (для акта на бумажном носителе) | Место печати (для акта на бумажном носителе) |

| | |
|--|--|
| | Приложение 26 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

СЧЕТ-РЕЕСТР

за оказание услуг скорой медицинской помощи в рамках

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет

средств местного бюджета*

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

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

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

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Стоимость одного вызова _____ тенге

| №п/п | Количество вызовов | Предъявлено к оплате, тенге |
|------|--------------------|-----------------------------|
| 1 | 2 | 3 |
| | | |

Итого к оплате: _____ тенге

Руководитель субъекта здравоохранения

(поставщика): _____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения

(поставщика): _____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

К данному счет-реестру прилагается реестр оказанных услуг скорой
медицинской помощи;

Примечание:

* не распространяется на оказание медицинской помощи населению в
рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи
субъектами здравоохранения районного значения и села, средства по
которым предусмотрены при финансировании по комплексному подушевому
нормативу.

Таблица

к счет-реестру за оказание услуг
скорой медицинской помощи в рамках
гарантированного объема бесплатной
медицинской помощи за счет
средств местного бюджета

Форма

Реестр оказанных услуг скорой медицинской помощи

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

| № п/п | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге |
|-------|---------------------|-------------------------|------------------|--------------|
| A | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| ... | | | | |
| | Всего | | | |

Руководитель организации здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер организации здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

"___" _____ 20__ года

| | |
|--|--|
| | Приложение 27 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Протокол

исполнения договора на оказание услуг скорой медицинской

помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской

помощи за счет средств местного бюджета

№ _____ от "___" _____ 20__ года

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

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

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

| № п/п | Количество вызовов | Предъявлено к оплате, тенге | Снято с оплаты*, тенге | Принято к оплате, тенге |
|-------|--------------------|-----------------------------|------------------------|-------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Всего | | | | |

Примечание:

*Снято с оплаты, в том числе частично, за отчетный и предыдущие

периоды по результатам выборочных, внеплановых проверок и иных форм

контроля ТД ККМФД. Акт контроля качества и объема медицинской помощи

прилагается.

Иные выплаты/вычеты

| Основание | Согласно решению комиссии | |
|-----------|---------------------------|---------------------|
| | Выплаты, сумма тенге | Вычеты, сумма тенге |
| | | |
| | | |
| ИТОГО | | |

Всего предъявлено к оплате _____ тенге

Всего принято к оплате _____ тенге

Председатель: _____/_____

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

(для протокола на бумажном носителе)

Члены комиссии: _____/_____

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

(для протокола на бумажном носителе)

_____/_____

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

(для протокола на бумажном носителе)

_____/_____

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

(для протокола на бумажном носителе)

Ознакомлен: _____/_____

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

Место печати (для протокола на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20 ____ года.

Форма

Перечень случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том

числе частично, по результатам контроля качества и объема оказанной

скорой медицинской помощи

| № | № кода | Наименование | Единица измерения | Подлежит к снятию | |
|---|---------|--|-------------------|---|--|
| | | | | % от стоимости одного вызова* | от стоимости гарантированного компонента утвержденного комплексного подушевого норматива (КПН) сельскому населению на 1 жителя в месяц |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | 5.1.6 | Необоснованное отклонение лечебно-диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 случай | 50% | 8 кратный размер КПН |
| 2 | 5.2.1 | Обоснованные жалобы на качество оказанных медицинских услуг | | | |
| 3 | 5.2.1.1 | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 случай | 100% | 15 кратный размер КПН |
| 4 | 5.2.1.2 | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | | 100% | 15 кратный размер КПН |
| 5 | 5.2.1.3 | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП | | 100% | 15 кратный размер КПН |
| 6 | 5.2.1.4 | Нарушение этики медицинскими работниками | | 100% | 15 кратный размер КПН |
| 7 | 5.2.2 | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинских услуг, входящих в ГОБМП | 1 случай | На сумму затрат, подтвержденных документально | |
| 8 | 5.3 | Доставка больного на госпитализацию без показаний | 1 случай | 100% | 8 кратный размер КПН |
| | | | | | |

| | | | | | |
|----|-----|--|----------|------|-----------------------|
| 9 | 5.4 | Отсутствие доставки больного в стационар при наличии показаний к госпитализации | 1 случай | 100% | 30 кратный размер КПН |
| 10 | 5.5 | Не предоставление активов в организации ПМСП | 1 случай | 15% | 8 кратный размер КПН |
| 11 | 5.6 | Случаи повторных вызовов по тому же заболеванию в течение суток с момента первого вызова вследствие неполного объема оказанных услуг | 1 случай | 30% | 4 кратный размер КПН |
| 12 | 5.7 | Завышение объемов оказанной медицинской помощи путем приписки | 1 случай | 100% | 30 кратный размер КПН |

* - снятие в сумме не должно превышать 100%.

| | |
|--|--|
| | Приложение 29 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Акт выполненных работ (услуг),

оказанных услуг скорой медицинской помощи

в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи,

оплата которых осуществляется за счет средств местного бюджета

№ _____ от "___" _____ 20__ года

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

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

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Общая сумма по Договору _____ тенге

Общая сумма выплаченного аванса _____ тенге

Общая стоимость оплаченных работ

(оказанных услуг) _____ тенге

| Наименование работ(услуг) | Предъявлено к оплате, тенге | Принято к оплате, тенге |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| 1 | 2 | 3 |
| Всего | | |

Иные выплаты/вычеты

| Основание | Согласно решению комиссии | |
|-----------|---------------------------|---------------------|
| | Выплаты, сумма тенге | Вычеты, сумма тенге |
| | | |
| | | |
| ИТОГО | | |

Всего принято к оплате:

_____ тенге

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса

_____ тенге

Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит удержанию в

следующий период _____ тенге

Итого к перечислению

_____ тенге

| | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Заказчик | Поставщик |
| _____ | _____ |
| (наименование) | (наименование) |
| Руководитель _____ / _____ | Руководитель _____ / _____ |
| (Фамилия, имя, отчество (при его | (Фамилия, имя, отчество (при его |

| | |
|--|---|
| наличии)/подпись) (для акта на бумажном носителе) Место печати (для акта на бумажном носителе) | наличии)/подпись) (для акта на бумажном носителе) Место печати (для акта на бумажном носителе) |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | Приложение 30 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

СЧЕТ-РЕЕСТР

медицинской организации за оказанные медицинские услуги по

специализированной медицинской помощи в рамках гарантированного

объема бесплатной медицинской помощи, оплата которой осуществляется

за счет средств республиканского бюджета

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

Наименование субъекта здравоохранения:

Наименование бюджетной программы:

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Поправочные коэффициенты: _____

Стоимость базового тарифа (ставки по - КЗГ) _____

Стоимость базового тарифа (за один койко-день пролеченный случай) _____

Тип оплаты по клинко-затратным группам

| № п/п | Наименование | Номер группы | Код диагноза / операции | Коэффициент затратоемкости по КЗГ | Количество пролеченных больных | Количество базовых тарифов (ставок) | Предъявлено к оплате, тенге |
|-------|--|--------------|-------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе: | | | | | | |
| 1.1 | стационарная помощь | | | | | | |
| 1.2 | стационарозамещающая помощь, в том числе : | | | | | | |
| 1.2.1 | дневному стационару | | | | | | |
| 1.2.2 | стационару на дому | | | | | | |

Тип оплаты: по фактическим затратам

| № п/п | Наименование | Номер группы | Код диагноза / операции | Коэффициент затратоемкости по КЗГ | Количество пролеченных больных/ сеансов | Предъявлено к оплате, тенге |
|-------|--|--------------|-------------------------|-----------------------------------|---|-----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе: | | | | | |
| 1.1 | стационарная помощь | | | | | |
| 1.2 | стационарозамещающая помощь | | | | | |
| | | | | | | |

Тип оплаты: за один койко-день (за один пролеченный случай)

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

| Тип оплаты: по медико-экономическим тарифам (по блокам/схемам лечения) | | | | | |
|--|---|----------------------------|----------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| № п /п | Индивидуальный идентификационный номер пациента | Наименование курса лечения | Наименование блока/схемы лечения | Проведено койко-дней | Предъявлено к оплате, тенге |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | | | |
|--|-------|--|--|--|
| | | | | |
| | ИТОГО | | | |

Реабилитация для детей с онкологическими заболеваниями

| № п/п | Наименование тарифа | Количество пролеченных случаев | Количество койко-дней | Предъявлено к оплате, тенге |
|-------|---------------------|--------------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | |
| | | | | |
| | Всего | X | | |

Лизинговые платежи

Наименование бюджетной подпрограммы:

| Наименование | Количество пролеченных больных | Количество услуг | Сумма лизингового платежа к оплате, тенге |
|---|--------------------------------|------------------|---|
| Всего с использованием медицинской техники по стационарной помощи, приобретенной на условиях финансового лизинга: | | | |
| Медицинское оборудование: | | | |
| | | | |
| | | | |
| И так далее | | | |
| Всего с использованием медицинской техники по стационарозамещающей помощи, приобретенной на условиях финансового лизинга: | | | |
| Медицинское оборудование: | | | |
| | | | |
| | | | |
| Всего | | | |

Итого к оплате: _____ тенге

Руководитель субъекта здравоохранения

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

| | |
|--|--|
| | Приложение 31 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

СЧЕТ-РЕЕСТР

медицинской организации за оказанные медицинские услуги по

высокоспециализированной медицинской помощи в рамках

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, оплата

которой осуществляется за счет средств республиканского бюджета

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

Наименование субъекта здравоохранения:

Наименование бюджетной программы:

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Поправочные коэффициенты: _____

Стоимость базового тарифа (ставки по - КЗГ) _____

Стоимость базового тарифа (за один койко-день пролеченный случай)_____

Тип оплаты по клинико-затратным группам

| № п/п | Наименование | Номер группы | Код диагноза / операции | Коэффициент затратоемкости по КЗГ | Количество пролеченных больных | Количество базовых тарифов (ставок) | Предъявлено к оплате, тенге |
|-------|--|--------------|-------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | Всего случаев по высокоспециализированной медицинской помощи, в том числе: | | | | | | |
| 1.1 | стационарная помощь | | | | | | |
| 1.2 | стационарозамещающая помощь, в том числе: | | | | | | |
| 1.2.1 | дневной стационар | | | | | | |

Тип оплаты: по фактическим затратам

| № п/п | Наименование | Номер группы | Код диагноза / операции | Коэффициент затратоемкости по КЗГ | Количество пролеченных больных/ сеансов | Предъявлено к оплате, тенге |
|-------|--|--------------|-------------------------|-----------------------------------|---|-----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Оказание высокоспециализированной медицинской помощи, в том числе: | | | | | |
| 1.1 | стационарная помощь | | | | | |
| 1.2 | стационарозамещающая помощь, в том числе: | | | | | |
| 1.2.1 | дневной стационар | | | | | |
| | | | | | | |

Лизинговые платежи

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

| Наименование | Количество пролеченных больных | Количество услуг | Сумма лизингового платежа к оплате, тенге |
|---|--------------------------------|------------------|---|
| Всего с использованием медицинской техники по стационарной помощи, приобретенной на условиях финансового лизинга: | | | |
| Медицинское оборудование: | | | |
| | | | |
| | | | |
| И так далее | | | |
| Всего с использованием медицинской техники по стационарозамещающей помощи, приобретенной на условиях финансового лизинга: | | | |
| Медицинское оборудование: | | | |
| | | | |
| | | | |
| И так далее | | | |
| . | | | |
| Всего | | | |

Итого к оплате: _____ тенге

Руководитель медицинской организации:

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер:

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

| |
|--|
| Приложение 32 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|

Линейная шкала оценки исполнения договора

на оказание гарантированного объема бесплатной

медицинской помощи

Линейная шкала оценки исполнения договора на оказание ГОБМП (далее – Линейная шкала) распространяется на организации, оказывающие ГОБМП в виде специализированной медицинской помощи по форме стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи, и применяется в отчетном периоде.

Расчет суммы возмещения организации, оказывающей ГОБМП, превысившей месячную сумму, предусмотренную договором на оказание ГОБМП без учета результатов контроля качества и объема медицинской помощи (далее – сумма возмещения), осуществляется в следующей последовательности:

1-й шаг: расчет суммы превышения месячной суммы, предусмотренной договором на оказание ГОБМП без учета результатов контроля качества и объема медицинской помощи, определяется по следующей формуле:

$$C_{\text{превыш}} = C_{\text{предъяв. к оплате}} - C_{\text{договор}}, \text{ где}$$

$C_{\text{превыш}}$ – сумма превышения месячной суммы, предусмотренной договором на оказание ГОБМП, без учета результатов контроля качества и объема медицинской помощи;

$C_{\text{договор}}$ – месячная сумма, предусмотренная договором на оказание ГОБМП (далее – сумма по договору);

$C_{\text{предъяв. к оплате}}$ – сумма, предъявленная к оплате организацией, оказывающей ГОБМП, за оказание услуг ГОБМП по счет-реестру за оказанные медицинские услуги по специализированной медицинской помощи в рамках, оплата которой осуществляется за счет средств республиканского бюджета;

2-й шаг: определение процента превышения суммы, предусмотренной договором на оказание ГОБМП, без учета результатов контроля качества и объема медицинской помощи (далее – процент превышения) по следующей формуле:

$$\%_{\text{превыш.}} = C_{\text{превыш}} / C_{\text{договор}} \times 100 + 100, \text{ где}$$

$\%_{\text{превыш}}$ – процента превышения;

3-й шаг: определение процента возмещения в соответствии с интервалом согласно следующей таблице:

| № интервала (i) | Процент превышения ($\%_{\text{превыш}}$) | Процент возмещения ($\%_{\text{возм.i}}$) |
|-----------------|---|---|
| 1 | от 100 % до 105 % | 50 % |
| 2 | свыше 105 % | 0 % |

4-й шаг: расчет суммы возмещения в зависимости от процента превышения определяется по следующей формуле:

$$C_{\text{возмещ.}} = C_{\text{превыш}} \times \%_{\text{возм.i}}, \text{ где}$$

$C_{\text{возмещ.}}$ – сумма возмещения;

$\%_{\text{возм.i}}$ – процент возмещения в соответствии с интервалом;

i – интервал.

| |
|--|
| Приложение 33 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|

Перечень случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате, в том

числе частично, по результатам контроля качества и объема оказанной

стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи

из средств республиканского бюджета

| № | № кода | Наименование | Единица измерения | Подлежит снятию % от стоимости случая |
|---|-----------|--------------|----------------------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | |

| | | | | |
|----|-----------|---|----------------------|--|
| 1 | 1.1 | Случаи госпитализации без медицинских показаний | 1 пролеченный случай | 100% |
| 2 | 1.2 | Случаи некорректного ввода данных пациента в ЭРСБ | 1 пролеченный случай | 10% |
| 3 | 1.3 | Случаи завышения уровня весового коэффициента КЗГ | 1 пролеченный случай | 50% |
| 4 | 1.4 | Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания) | 1 пролеченный случай | 100% |
| 5 | 1.5 | Не подтвержденные случаи оказания медицинской помощи в рамках ГОБМП | 1 пролеченный случай | 100% |
| 6 | 1.6 | Случаи необоснованного отклонения лечебно – диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 30% |
| 7 | 1.7 | Случаи с неподтвержденными медицинскими услугами, медикаментами, изделиями медицинского назначения | 1 пролеченный случай | 100% |
| 8 | 2.1* | Обоснованные жалобы на качество оказанных медицинских услуг | | |
| 9 | 2.1.1 | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения | | 100% |
| 10 | 2.1.2 | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 100% |
| 11 | 2.1.3 | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП | | 100% |
| 12 | 2.1.4 | Нарушение этики медицинскими работниками | | 100% |
| 13 | 2.2 | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП | 1 пролеченный случай | На сумму затрат , подтвержденных документально |
| 14 | 2.3 | Случаи летальных исходов (предотвратимые) | 1 случай летальности | 100% |
| 15 | 2.4* * | Случаи осложнений, возникших в результате лечения | | |
| 16 | 2.4.1 | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 30% |
| 17 | 2.4.2 | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | случай | 30% |
| 18 | 2.5 | Случаи с исходом заболевания "ухудшение" | | |

| | | | | |
|----|-------|---|----------------------------|-----|
| 19 | 2.5.1 | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 30% |
| 20 | 2.5.2 | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | | 30% |
| 21 | 2.6 | Случаи с исходом заболевания "без перемен" | | |
| 22 | 2.6.1 | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 20% |
| 23 | 2.6.2 | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | | 20% |
| 24 | 2.7 | Случаи расхождения клинического и морфологического диагнозов | 1 случай расхождения | 50% |

Примечание:

* - снятие в сумме не должно превышать 100%;

** - не учитываются осложнения, имевшиеся на момент поступления в стационар.

КЗГ – клинико-затратная группа;

ГОБМП – гарантированный объем бесплатной медицинской помощи.

| | |
|--|--|
| | Приложение 34 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Перечень случаев госпитализации за отчетный период,

подлежащих оплате*

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

(Наименование субъекта здравоохранения)

Тип оплаты: по клинико-затратным группам

| № п / п | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | № КЗГ | Количество базовых ставок | Количество случаев |
|------------------------------|-----|---------------------|---------------------|--------------|---------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-------|---------------------------|--------------------|
| | | | | | Код МК Б-10 | Наименование | Код | Наименование | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 1 | | | | | x |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | x |
| Итого по ВСМП | | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | x |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | |

Тип оплаты: по фактическим затратам

| № п / п | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | № КЗГ | Количество базовых ставок | Количество случаев |
|------------------------------|-----|---------------------|---------------------|--------------|---------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-------|---------------------------|--------------------|
| | | | | | Код МК Б-10 | Наименование | Код | Наименование | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 1 | | | | | x |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | x |
| Итого по ВСМП | | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | x |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | |

ИТОГО

Тип оплаты: за один пролеченный случай, по койко-дням

| № п / п | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | Количество случаев | Сумма оплаты, тенге |
|------------------------------|-----|---------------------|---------------------|--------------|---------------------------------|--------------|-------------------|--------------|--------------------|---------------------|
| | | | | | Код МКБ-10 | Наименование | Код | Наименование | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | x | |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | x | |
| Итого по ВСМП | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | x | |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | |

Примечание:

*Включаются случаи подлежащие оплате после результатов контроля

объема и качества

В Перечне указываются соответствующие типы оплат, по которым

медицинская организация РБ финансируется

Приложение 35
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств

Форма

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| Итого по СМП | | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | x |
| Итого по ВСМП | | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | x |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | | | | |

Тип оплаты: за один пролеченный случай, по койко-дням

| № п / п | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | Код по перечню* | | | | | Количество случаев |
|------------------------------|-----|---------------------|---------------------|--------------|---------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-----------------|-----|-----|-----|-----|--------------------|
| | | | | | Код МК Б-10 | Наименование | Код | Наименование | 1.1 | 1.2 | 1.3 | 1.4 | 1.6 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 1 | | | | | | | | | x |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | x |
| Итого по ВСМП | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | x |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | | | |

Примечание:

* - Случаи, содержащие потенциальные дефекты качества не

включаются в данный перечень столбцы "Код по перечню*" маркируются

знаком "X" при соответствующем коде Перечня, в строке "итого" граф

"Код по перечню*" указываются сумма случаев с "X".

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Тип оплаты: по фактическим затратам

| № п / п | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | № кзг | Количество базовых ставок | Диагноз (код МКБ-10) | Код по Перечню* | | | | | | | | | | Кл с | |
|------------------------------|-----|---------------------|---------------------|--------------|-------|---------------------------|----------------------|-----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|------|---|
| | | | | | | | | 1.1 | 1.2 | 1.3 | 1.4 | 1.6 | 2.4 | 2.5 | 2.6 | 2.7 | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | | |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X |
| Итого по ВСМП | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Тип оплаты: за один пролеченный случай, по койко-дням

| № п / п | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Диагноз (код МКБ-10) | Код по Перечню* | | | | | | | | | | Количество случаев | |
|------------------------------|-----|---------------------|---------------------|--------------|----------------------|-----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|--------------------|---|
| | | | | | | 1.1 | 1.2 | 1.3 | 1.4 | 1.6 | 2.4 | 2.5 | 2.6 | 2.7 | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | | |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | X |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | X |
| Итого по ВСМП | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | X |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Примечание: включаются случаи с потенциальными дефектами

качества, за исключением летальных случаев, столбцы "Код по

перечню*"маркируются знаком "X" при соответствующем коде Перечня, в

строке "итого" граф "Код по перечню*" указываются сумма случаев с

"X".

В Перечне указываются соответствующие типы оплат, по которым

медицинская организация РБ финансируется

Руководитель ТД ККМФД _____/_____

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

(для отчета на бумажном носителе)

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

| | |
|--|--|
| | Приложение 37 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Перечень летальных случаев за отчетный и предыдущие периоды,

подлежащих контролю

№ ____ от " ____ " _____ 20__ года

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| в том числе за отчетный период | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Тип оплаты: за один пролеченный случай, по койко-дням

| № п / п | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата смерти | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | Код по Перечню* | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|-----|---------------------|---------------------|-------------|---------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|--|--|--|
| | | | | | Код МКБ - 10 | Наименование | Код | Наименование | 1.1 | 1.2 | 1.3 | 1.4 | 1.6 | 2.1 | 2.2 | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | | | | |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по ВСМП | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| в том числе за отчетный период | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Примечание: столбцы "Код по перечню*" маркируются знаком "X"

при соответствующем коде Перечня, в строке "итого" граф "Код по

перечню*" указываются сумма случаев с "X".

В Перечне указываются соответствующие типы оплат, по которым

медицинская организация РБ финансируется

| | |
|--|--|
| Руководитель ТД ККМФД _____/_____ (Фамилия, имя, отчество (при его | Должностное лицо ТД ККМФД _____/_____ (Фамилия, имя, отчество (при его |
|--|--|

| | | | |
|------------------------------|--|--|--|
| Итого по СЗТ | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | |
| ИТОГО | | | |

Тип оплаты: по фактическим затратам

| № п / п | № ИИИ медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | № КЗГ | Количество базовых ставок | Код по Пер* | | | |
|------------------------------|-------------------------|---------------------|--------------|---------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-------|---------------------------|-------------|-----|-----|----|
| | | | | Код МКБ-10 | Наименование | Код | Наименование | | | 2.4 | 2.5 | 2.6 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| Случаи СМИ | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по ВСМП | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | | |
| Итого | | | | | | | | | | | | | |

Тип оплаты: за один пролеченный случай, по койко-дням

| № п / п | № ИИН медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | Код по Перечню* | | | | Количество случаев | |
|---------------|-------------------------|---------------------|--------------|---------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-----------------|-----|-----|-----|--------------------|----|
| | | | | Код МКБ-10 | Наименование | Код | Наименование | 2.4 | 2.5 | 2.6 | 2.7 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| Случаи СМИ | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по ВСМП | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | | |

Примечание: включаются случаи с потенциальными дефектами

качества, столбцы знаком "+" маркируются подтвержденные субъектом

информатизации в сфере здравоохранения случаи, знаком "-" маркируются

неподтвержденные субъектом информатизации в сфере здравоохранения

случаи.

в строке "итого" граф "Код по перечню*" указываются сумма

случаев с "+".

В Перечне указываются соответствующие типы оплат, по которым

медицинская организация РБ финансируется.

| | |
|---|---|
| Должностное лицо ТФ СИ _____/_____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) | Руководитель ТФ СИ _____/_____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |
|---|---|

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

| | |
|--|--|
| | Приложение 39 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Перечень случаев госпитализации, прошедших оценку субъекта

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по ВСМП | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | | | |

Тип оплаты: за один пролеченный случай, по койко-дням

| № п / п | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | Код по Перечню* | | | | | Количество случаев |
|------------------------------|-----|---------------------|---------------------|--------------|---------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-----------------|-----|-----|-----|-----|--------------------|
| | | | | | Код МКБ - 10 | Наименование | Код | Наименование | 1.1 | 1.2 | 1.3 | 1.4 | 1.6 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | X |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | X |
| Итого по ВСМП | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | X |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | | | |

Примечание: включаются случаи с дефектами объема по результатам

20 % выборки, столбцы "Код по перечню*" маркируются знаком "X" при

соответствующем коде Перечня, в строке "итого" граф "Код по перечню"

указывается сумма случаев с "X".

В Перечне указываются соответствующие типы оплат, по которым

| | | | | | Код МКБ 10 | | | | | | Маркировка специалиста ТД ККМФД | Маркировка специалиста ТД ККМФ | | |
|---|---|---|---|---|------------|-------------|---|---|----|----|---------------------------------|--------------------------------|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | | |
| | | | | | | Случаи СМП | | | | | | | | |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | Случаи ВСМП | | | | | | | | |
| Итого по ВСМП | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | Случаи СЗТ | | | | | | | | |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | | | |
| Всего случаев по результатам контроля объема и качества всеми участниками** | | | | | | | | | | | | | | |

Тип оплаты: по фактическим затратам

| № п / п | ИИН | № МК | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | № КЗГ | Количество базовых ставок | Код по перечню* | | | |
|------------------------------|-----|------|---------------------|--------------|---------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-------|---------------------------|-----------------|-----|--|--|
| | | | | | Код МКБ 10 | Наименование | Код | Наименование | | | 1.1 | 1.2 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | | |
| | | | | | | Случаи СМП | | | | | | | | |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | Случаи ВСМП | | | | | | | | |
| Итого по ВСМП | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | Случаи СЗТ | | | | | | | | |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | | | |

Всего случаев по результатам контроля объема и качества всеми участниками**

Тип оплаты: за один пролеченный случай, по койко-дням

| № п / п | ИИН | № МК | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | № КЗГ | Количество базовых ставок | Код по перечню* | | | |
|---------|-----|------|---------------------|--------------|---------------------------------|---|-------------------|--------------|-------|---------------------------|-----------------|-----|--|--|
| | | | | | Код МКБ 10 | Наименование | Код | Наименование | | | 1.1 | 1.2 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | | |
| | | | | | | Случаи СМП | | | | | | | | |
| | | | | | | Итого по СМП | | | | | | | | |
| | | | | | | Случаи ВСМП | | | | | | | | |
| | | | | | | Итого по ВСМП | | | | | | | | |
| | | | | | | Случаи СЗТ | | | | | | | | |
| | | | | | | Итого по СЗТ | | | | | | | | |
| | | | | | | Итого по стационарной помощи | | | | | | | | |
| | | | | | | ИТОГО | | | | | | | | |
| | | | | | | Всего случаев по результатам контроля объема и качества всеми участниками** | | | | | | | | |

Примечание:

*включаются случаи с потенциальными дефектами качества,

маркировка субъекта информатизации, маркировка ТД ККМФД – знаком "+"

маркируются подтвержденные случаи, знаком "-" маркируются

неподтвержденные случаи; в строке "итого" указывается сумма случаев

со знаком "+";

** - указывается в итоговых строках акта контроля объема,

сводного перечня и протокола исполнения договора

В Перечне указываются соответствующие типы оплат, по которым

медицинская организация РБ финансируется

Руководитель ТД ККМФД _____/_____

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

(для отчета на бумажном носителе)

Должностное лицо ТД ККМФД _____/_____

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

(для отчета на бумажном носителе)

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

| | |
|--|--|
| | Приложение 41 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Департамент Комитета оплаты медицинских услуг

Министерства здравоохранения и социального развития

Республики Казахстан

(области, города Алматы или Астаны)

Перечень летальных случаев за отчетный период и предыдущий

период, прошедших контроль ТД ККМФД

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СМП: | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по ВСМП: | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СЗТ: | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | | |
| в том числе за отчетный период | | | | | | | | | | | | | |
| в том числе за прошедшие периоды | | | | | | | | | | | | | |

Тип оплаты: за один пролеченный случай, по койко-дням

| № п / п | № ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата смерти | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | Код по перечню* | | | | | | |
|----------------------------------|-------|---------------------|---------------------|-------------|---------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | | Код МКБ 10 | Наименование | Код | Наименование | 1.1 | 1.2 | 1.3 | 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.7 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СМП: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по ВСМП: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СЗТ: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | | | | |
| в том числе за отчетный период | | | | | | | | | | | | | | | |
| в том числе за прошедшие периоды | | | | | | | | | | | | | | | |

Примечание:

в столбце "Код по перечню*" знаком "+" маркируется

подтвержденные случаи, знаком "-" маркируются неподтвержденные случаи;

в строке "итого" граф "Код по перечню*" указываются сумма

случаев с "+".

В Перечне указываются соответствующие типы оплат, по которым

медицинская организация РБ финансируется

| | |
|--|--|
| Руководитель ТД ККМФД _____/_____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) | Должностное лицо ТД ККМФД _____/_____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |
|--|--|

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

"__"____20__года

| | |
|--|--|
| | Приложение 42 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Перечень случаев за отчетный и предыдущие периоды, выявленные

ТД ККМФД по результатам выборочных, внеплановых проверок и иных

форм контроля, не подлежащих оплате, в том числе частично

период с "__"____20__года. по "__"____20__

(наименование субъекта здравоохранения)

Тип оплаты: по клинико-затратным группам

| | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---------------------------------------|----------------------|--|--|------------|
| № | | | | Основной заключительный диагноз | Основная операция | | | Код по Пер |
|---|--|--|--|---------------------------------------|----------------------|--|--|------------|

| п / п | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | № КЗГ | Количество базовых ставок | Код по Перечню | | |
|--|-----|---------------------|---------------------|--------------|---------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-------|---------------------------|----------------|-----|-----|
| | | | | | Код МКБ 10 | Наименование | Код | Наименование | | | 1.1 | 1.2 | 1.3 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СМП: | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по ВСМП: | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СЗТ: x x x x | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | | |
| в том числе за отчетный период | | | | | | | | | | | | | |
| в том числе за предыдущие периоды | | | | | | | | | | | | | |
| Всего случаев за отчетный период по результатам контроля объема и качества всеми участниками** | | | | | | | | | | | | | |

Тип оплаты: по фактическим затратам

| п / п | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | № КЗГ | Количество базовых ставок | Код по Перечню | | |
|--|-----|---------------------|---------------------|--------------|---------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-------|---------------------------|----------------|-----|-----|
| | | | | | Код МКБ 10 | Наименование | Код | Наименование | | | 1.1 | 1.2 | 1.3 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СМП: | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по ВСМП: | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СЗТ: x x x : | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | | |
| в том числе за отчетный период | | | | | | | | | | | | | |
| в том числе за предыдущие периоды | | | | | | | | | | | | | |
| Всего случаев за отчетный период по результатам контроля объема и качества всеми участниками** | | | | | | | | | | | | | |

Тип оплаты: за один пролеченный случай, по койко-дням

| ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | Код по Перечню* | | | | | | | |
|--|---------------------|---------------------|--------------|---------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-----------------|-----|-----|-----|-----|-----|----|--|
| | | | | Код МКБ 10 | Наименование | Код | Наименование | 1.1 | 1.2 | 1.3 | 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1. | |
| 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СМП: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по ВСМП: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СЗТ: | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | x | x | x | x | | x | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | | | | |
| в том числе за отчетный период | | | | | | | | | | | | | | | |
| в том числе за предыдущие периоды | | | | | | | | | | | | | | | |
| Всего случаев за отчетный период по результатам контроля объема и качества всеми участниками** | | | | | | | | | | | | | | | |

Примечание:

* знаком "+" маркируются подтвержденные случаи, в строке "итого"

граф "Код по перечню*" указываются сумма случаев с "+";

** - указывается в итоговых строках акта контроля объема,

сводного перечня и протокола исполнения договора.

В Перечне указываются соответствующие типы оплат, по которым

медицинская организация РБ финансируется

| | |
|---|--|
| <p>Руководитель ТД ККМФД</p> <p>_____ / _____</p> <p>Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на</p> | <p>Должностное лицо ТД ККМФД</p> <p>_____ / _____</p> <p>Фамилия, имя, отчество (при его</p> |
|---|--|

бумажном носителе)

наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе)

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

"__"____20__года

Приложение 43
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств

Форма

Перечень случаев госпитализации за отчетный период, прошедших

контроль объема после оценки субъекта информатизации

в сфере здравоохранения

Период с "__"____20__года по "__"____20__года

(наименование субъекта здравоохранения)

Тип оплаты: по клинико-затратным группам

| № п / п | ИИН | № МК | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | № КЗГ | Количество базовых ставок | Код по перечню* | |
|---------------|-----|------|---------------------|--------------|---------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-------|---------------------------|-----------------|---------------------------|
| | | | | | Код МКБ 10 | Наименование | Код | Наименование | | | 1.1 | Маркировка специалиста СИ |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | | | |
| Итого по ВСМП | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|--|
| Итого по стационарной помощи | |
| ИТОГО | |
| Всего случаев по результатам контроля объема и качества всеми участниками** | |

Тип оплаты: по фактическим затратам

| № п / п | ИИН | № МК | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | № КЗГ | Количество базовых ставок | Код по перечню* | |
|---|-----|------|---------------------|--------------|---------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-------|---------------------------|-----------------|---------------------------|
| | | | | | Код МКБ 10 | Наименование | Код | Наименование | | | 1.1 | Маркировка специалиста СИ |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | | | |
| Итого по ВСМП | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | |
| Всего случаев по результатам контроля объема и качества всеми участниками** | | | | | | | | | | | | |

Тип оплаты: за один пролеченный случай, по койко-дням

| № п / п | ИИН | № МК | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | Код по перечню* | | | |
|------------------------------|-----|------|---------------------|--------------|---------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-----------------|-----|---------------------------|--------------------------------|
| | | | | | Код МКБ 10 | Наименование | Код | Наименование | 1.1 | 1.2 | Маркировка специалиста СИ | Маркировка специалиста ТД КОМУ |
| 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | | | |
| Итого по ВСМП | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | |

Примечание:

* - столбцы "Код по перечню*" включаются случаи с дефектами

объема по результатам 20% выборки, маркировка СИ и маркировка ТД КОМУ

- знаком "+" маркируются подтвержденные случаи, знаком "-" маркируются

неподтвержденные случаи.

в строке "итого" граф "Код по перечню*" указываются сумма

случаев с "+"

** - указывается в итоговых строках акта контроля объема,

сводного перечня и протокола исполнения договора

В Перечне указываются соответствующие типы оплат, по которым

медицинская организация РБ финансируется

| | |
|---|---|
| Руководитель ТД КОМУ _____/_____ Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись (для отчета на бумажном носителе) | Должностное лицо ТД КОМУ _____/_____ Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись (для отчета на бумажном носителе) |
|---|---|

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

"__" _____ 20__ года

| | |
|--|--|
| | Приложение 44 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Департамент Комитета оплаты медицинских услуг

Министерства здравоохранения и социального развития

Республики Казахстан

(области, города Алматы или Астаны)

Перечень случаев госпитализации за отчетный период, прошедших

контроль объема, за исключением случаев, прошедших контроль качества

Период с "___"___20__года по "___"___20__года

(наименование субъекта здравоохранения)

Тип оплаты: по клинико-затратным группам

| № п / п | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | № КЗГ | Количество базовых ставок | Код по пер | |
|--|-----|---------------------|---------------------|--------------|---------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-------|---------------------------|------------|-----|
| | | | | | Код МКБ 10 | Наименование | Код | Наименование | | | 1.1 | 1.2 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СМП: | | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Итого по ВСМП: | | | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СЗТ: | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | |
| Всего случаев по результатам контроля качества всеми участниками** | | | | | | | | | | | | |

Тип оплаты: по фактическим затратам

| № | | | | | Основной заключительный диагноз | Основная операция | | | | | Код по пер |
|---|--|--|--|--|---------------------------------|-------------------|--|--|--|--|------------|
|---|--|--|--|--|---------------------------------|-------------------|--|--|--|--|------------|

| п / п | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Код МКБ 10 | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | № КЗГ | Количество базовых ставок | 1.1 | 1.2 |
|--|-----|---------------------|---------------------|--------------|------------|---------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-------|---------------------------|-----|-----|
| | | | | | | Код | Наименование | Код | Наименование | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СМП: | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по ВСМП: | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СЗТ: | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | | |
| Всего случаев по результатам контроля качества всеми участниками** | | | | | | | | | | | | | |

Тип оплаты: за один пролеченный случай, по койко-дням

| № п/п | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | Код по перечню* | | | | |
|--|-----|---------------------|---------------------|--------------|---------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-----------------|-----|-----|-----|----|
| | | | | | Код МКБ 10 | Наименование | Код | Наименование | 1.1 | 1.2 | 1.3 | 1.4 | 1. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | | | | |
| x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Итого по ВСМП | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | | |
| Всего случаев по результатам контроля качества всеми участниками** | | | | | | | | | | | | | |

Примечание:

включаются случаи, подлежавшие контролю по Приложению 36 и

добавленные экспертом ТД КОМУ, за исключением добавленных по результатам анализа исполнения условий договора, в столбце "Код по перечню*" знаком "+" маркируются подтвержденные случаи, знаком "-" маркируются неподтвержденные случаи, в строке "итого" граф "Код по перечню*" указываются сумма случаев с "+";

** - указывается в итоговых строках акта контроля объема, сводного перечня и протокола исполнения договора.

в Перечне указываются соответствующие типы оплат, по которым медицинская организация РБ финансируется.

| | |
|--|--|
| Руководитель ТД КОМУ _____/_____ Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) | Должностное лицо ТД КОМУ _____/_____ Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |
|--|--|

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

"__" _____ 20__ года

| | |
|--|--|
| | Приложение 45 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Перечень случаев госпитализации за отчетный и прошедшие периоды,
по которым проведен контроль объема по результатам анализа
исполнения условий договора на оказание

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|---|---|---|---|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по ВСМП | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | X | | | X | X | X | X | | |
| в том числе за отчетный период | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| в том числе за предыдущие периоды | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Всего случаев за отчетный период по результатам контроля объема и качества всеми участниками** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Тип оплаты: за один пролеченный случай, по койко-дням

| № п / п | № иин | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | Код по Перечню* | | | | | | | | | | |
|--|-------|---------------------|---------------------|--------------|---------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-----------------|-----|-----|-----|-----|-----|----|---|---|--|--|
| | | | | | Код МКБ - 10 | Наименование | Код | Наименование | 1.1 | 1.2 | 1.3 | 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1. | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | и | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | | | | |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по ВСМП | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | | |
| в том числе за отчетный период | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| в том числе за предыдущие периоды | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Всего случаев за отчетный период по результатам контроля объема и качества всеми участниками** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Примечание:

в столбце "Код по перечню*" знаком "+" маркируется

подтвержденные случаи в строке "итого" граф "Код по перечню*"

указываются сумма случаев с "+";

** - указывается в итоговых строках акта контроля объема,

сводного перечня и протокола исполнения договора

В Перечне указываются соответствующие типы оплат, по которым

медицинская организация РБ финансируется

| | |
|---|---|
| Руководитель ТД КОМУ _____/_____ Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись (для отчета на бумажном носителе) | Должностное лицо ТД КОМУ _____/_____ Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись (для отчета на бумажном носителе) |
|---|---|

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

"__"____20__года

| | |
|--|--|
| | Приложение 46 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Акт контроля объема медицинских услуг

по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

№____ от "__"____20__года

Период с "__"____20__года по "__"____20__года

(Наименование территориального департамента Комитета оплаты

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | медицинскими услугами/ медикаментами | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IV. Перечень случаев за отчетный и прошедшие периоды, по которым проведен контроль объема по результатам анализа исполнения договора (приложение 46) | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| за отчетный период | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| за прошедший период | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | X | X | X | | | | |
| всего дефектов, из них по видам нарушений: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1 | Случаи госпитализации без медицинских показаний | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2 | Случаи некорректного ввода данных пациента в ЭРСБ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.3 | Случаи завышения уровня весового коэффициента КЗГ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4 | Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.5 | Не подтвержденные случаи оказания медицинской помощи | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.6 | Случаи необоснованного отклонения лечебно-диагностических мероприятий от стандартов | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.7 | Случаи с неподтвержденными медицинскими услугами/медикаментами | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ВСЕГО | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО по результатам контроля всеми участниками | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|--|--|
| Руководитель ТД КОМУ _____ Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись (для отчета на | Должностное лицо ТД КОМУ _____ Фамилия, имя, отчество (при его |
|--|--|

бумажном носителе)

наличии)/подпись)(для отчета на бумажном носителе)

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

"__"____20__года

Приложение 47
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств

Форма

Перечень случаев госпитализации, подлежащих и не подлежащих оплате,

в том числе частично по результатам контроля объема гарантированного

объема бесплатной медицинской помощи всеми участниками

Период с "__"____20__года по "__"____20__года

Тип оплаты: по клинико-затратным группам

| № п / п | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | № КЗГ | Количество базовых ставок | Строка акта контроля объема | | | Г |
|------------------------------|-----|---------------------|---------------------|--------------|---------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-------|---------------------------|-----------------------------|-----|----|----|
| | | | | | Код МКБ - 10 | Наименование | Код | Наименование | | | II | III | IV | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по ВСМП | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | | | |

ИТОГО

Тип оплаты: по фактическим затратам

| № п / п | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | № КЗГ | Количество базовых ставок | Строка акта контроля объема | | |
|------------------------------|-----|---------------------|---------------------|--------------|---------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-------|---------------------------|-----------------------------|-----|----|
| | | | | | Код МКБ - 10 | Наименование | Код | Наименование | | | II | III | IV |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по ВСМП | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | | |

Тип оплаты: за один пролеченный случай, по койко-дням

| № п / п | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | Строка акта контроля объема | | | Предъявленная стоимость случая, тенге |
|------------------------------|-----|---------------------|---------------------|--------------|---------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-----------------------------|-----|----|---------------------------------------|
| | | | | | Код МКБ - 10 | Наименование | Код | Наименование | II | III | IV | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | | | |
| Итого по ВСМП | | | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | |

ИТОГО

В Перечне указываются соответствующие типы оплат, по которым

медицинская организация РБ финансируется.

В Перечне указываются случаи, которые прошли контроль объема и

качества и отражены в нескольких строках акта контроля объема.

| | |
|---|---|
| Руководитель ТД КОМУ _____/_____ Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись (для отчета на бумажном носителе) | Должностное лицо ТД КОМУ _____/_____ Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись (для отчета на бумажном носителе) |
|---|---|

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

"__" _____ 20__ года

| | |
|--|--|
| | Приложение 48 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Перечень случаев госпитализации, подлежащих и не подлежащих

оплате, в том числе частично по результатам контроля качества и

объема услуг гарантированного объема бесплатной медицинской

помощи всеми участниками

Период с "__" _____ 20__ года по "__" _____ 20__ года

(наименование субъекта здравоохранения)

Тип оплаты: по клинико-затратным группам

| № п / п | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | № КЗГ | Количество базовых ставок | Строка свс перечня (протокола исполнения договора) | | | |
|------------------------------|-----|---------------------|---------------------|--------------|---------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-------|---------------------------|---|-----|----|----|
| | | | | | Код МКБ - 10 | Наименование | Код | Наименование | | | II | III | IV | V |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по ВСМП | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | | | |

Тип оплаты: по фактическим затратам

| № п / п | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | № КЗГ | Количество базовых ставок | Строка свс перечня (протокола исполнения договора) | | | |
|------------------------------|-----|---------------------|---------------------|--------------|---------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-------|---------------------------|---|-----|----|----|
| | | | | | Код МКБ - 10 | Наименование | Код | Наименование | | | II | III | IV | V |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по ВСМП | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | | | |

ИТОГО

Тип оплаты: за один пролеченный случай, по койко-дням

| № п / п | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | Строка сводного перечня (протокола исполнения договора) | | | | | | | Предъя стоимо случая тенге |
|------------------------------|-----|---------------------|---------------------|--------------|---------------------------------|--------------|-------------------|--------------|--|-----|----|----|----|-----|----|----------------------------|
| | | | | | Код МКБ - 10 | Наименование | Код | Наименование | II | III | IV | V | VI | VII | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | |
| Случаи СМП | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СМП | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по ВСМП | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | | | | | | |

В Перечне указываются соответствующие типы оплат, по которым

медицинская организация РБ финансируется

В Перечне указываются случаи, которые прошли контроль объема и

качества и отражены в нескольких строках сводного перечня или

протокола исполнения договоров.

| | |
|---|---|
| Руководитель ТД КОМУ _____/_____ Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись (для отчета на бумажном носителе) | Должностное лицо ТД КОМУ _____/_____ Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись (для отчета на бумажном носителе) |
|---|---|

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VII. Перечень случаев за отчетный и прошедшие периоды, по которым проведен контроль объема по результатам анализа исполнения договора (приложение 46) | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| за отчетный период | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| за прошедший период | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | X | X | X |
| всего дефектов, из них по видам нарушений: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1 | Случаи госпитализации без медицинских показаний | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2 | Случаи некорректного ввода данных пациента в ЭРСБ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.3 | Случаи завышения уровня весового коэффициента КЗГ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4 | Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.5 | Не подтвержденные случаи оказания медицинской помощи | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.6 | Случаи необоснованного отклонения лечебно-диагностических мероприятий от стандартов | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.7 | Случаи с неподтвержденными медицинскими услугами/медикаментами | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ВСЕГО | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО по результатам контроля всеми участниками | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Тип оплаты: по фактическим затратам

| | | | | |
|--|--|----------------------|--|---------------|
| | | Предъявлено к оплате | Подлежит к снятию и не подлежит оплате, в том числе частично | Принято к опл |
| | | | | |

В Перечне указываются соответствующие типы оплат, по которым

медицинская организация РБ финансируется

| | |
|--|--|
| Руководитель ТД КОМУ _____/_____ Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) | Должностное лицо ТД КОМУ _____/_____ Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для отчета на бумажном носителе) |
|--|--|

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

"__" _____ 20__ года

| | |
|--|--|
| | Приложение 50 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

(Наименование субъекта здравоохранения)

В соответствии с пунктом ____ Договора на оказание ГОБМП от " " "

20__ года № ____ для проведения сверки объема оказанной медицинской

помощи в рамках ГОБМП, прошу направить медицинские карты пролеченных

больных согласно прилагаемому реестру:

Реестр

направляемых медицинских карт стационарных больных для проведения

контроля объема медицинской помощи в рамках ГОБМП

| № п/п | ИИН пролеченного больного | № медицинской карты | Дата поступления | Дата выписки | № КЗГ | Диагноз (код МКБ -10) |
|-------|---------------------------|---------------------|------------------|--------------|-------|-----------------------|
| | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Итого по СМП | | | | | | | | | | | |
| Случаи ВСМП | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Итого по ВСМП | | | | | | | | | | | |
| Случаи СЗТ | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Итого по СЗТ | | | | | | | | | | | |
| Итого по стационарной помощи | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | |

Примечание * - при наличии мед. техники на условиях финансового

лизинга в количестве 2 и более, на одного больного может быть

несколько кодов медицинских услуг

Руководитель АО "КазМедТех"

_____ / _____

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

(для отчета на бумажном носителе)

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

" ____ " ____ 20 ____ года

| | |
|--|--|
| | Приложение 52 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Протокол

исполнения Договора на оказание медицинских услуг по

специализированной медицинской помощи в рамках гарантированного

объема бесплатной медицинской помощи, оплата которой

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| после применения линейной шкалы | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

В отчете указываются соответствующие оплаты, по которым

медицинская организация финансируется за счет средств

республиканского бюджета

Тип оплаты: по медико-экономическим тарифам:

по блокам (схемам) курса лечения

| № | Наименование блока/схемы лечения | Стоимость блока (схемы) курса лечения | Предъявлено к оплате по счету-реестру | | Не подлежит оплате, в том числе частично | | Принято к оплате | |
|---|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------|--|--------------|--------------------|--------------|
| | | | Количество случаев | Сумма, тенге | Количество случаев | Сумма, тенге | Количество случаев | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| | ИТОГО | | | | | | | |

Реабилитация для детей с онкозаболеваниями

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

III. Иные выплаты/вычеты

| Основание | Согласно решению комиссии | |
|-----------|---------------------------|---------------------|
| | Выплаты, сумма тенге | Вычеты, сумма тенге |
| | | |
| | | |
| | | |
| ИТОГО | | |

IV. Лизинговые платежи

| Наименование | Количество услуг предъявленных к оплате | Предъявленная сумма лизингового платежа к оплате, тенге | Количество услуг к снятию с оплаты | Сумма лизингового платежа к снятию с оплаты, тенге | Количество услуг принятых к оплате | Принято к оплате сумма лизингового платежа, тенге |
|---|---|---|------------------------------------|--|------------------------------------|---|
| Всего с использованием медицинской техники по стационарной помощи, приобретенной на условиях финансового лизинга: Медицинское оборудование | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| И так далее | | | | | | |
| Всего с использованием медицинской техники по стационарозамещающей помощи, приобретенной на условиях финансового лизинга: Медицинское оборудование | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| И так далее | | | | | | |
| Всего | | | | | | |

Всего предъявлено к оплате _____ тенге

Итого принято _____ тенге

Председатель: _____ / _____

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

(для протокола на бумажном носителе)

Члены комиссии: _____ / _____

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

(для протокола на бумажном носителе)

_____ / _____

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

(для протокола на бумажном носителе)

_____ / _____

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

(для протокола на бумажном носителе)

Дата " ____ " _____ 20 ____ г.

| | |
|--|--|
| | Приложение 53 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Протокол исполнения Договора на оказание медицинских услуг по

высокоспециализированной медицинской помощи в рамках

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, оплата

которой осуществляется из республиканского бюджета

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

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

Наименование территориального департамента Комитета оплаты

медицинских услуг Министерства

(Наименование медицинской организации)

I. Расчет суммы к оплате с учетом результатов экспертизы

Тип оплаты: по клинико-затратным группам

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| за прошедший период | X | X | X | X | | | | | | | | | |
| V. Перечень случаев госпитализации за отчетный период, прошедших контроль объема после оценки СИ | | | | | | | | | | | | | |
| VI. Перечень случаев госпитализации за отчетный период, прошедших контроль объема, за исключением случаев, прошедших контроль качества | | | | | | | | | | | | | |
| VII. Перечень случаев за отчетный и прошедшие периоды, по которым проведен контроль объема по результатам анализа исполнения Договора | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| за отчетный период | | | | | | | | | | | | | |
| за прошедший период | X | X | X | X | | | | | | | | | |
| ИТОГО по результатам контроля всеми участниками | | | | | | | | | | | | | |

II. Иные выплаты/вычеты

| Основание | Согласно решению комиссии | |
|-----------|---------------------------|---------------------|
| | Выплаты, сумма тенге | Вычеты, сумма тенге |
| | | |
| | | |
| | | |

III. Лизинговые платежи

| Наименование | Количество услуг предъявленных к оплате | Предъявленная сумма лизингового платежа к оплате, тенге | Количество услуг к снятию с оплаты | Сумма лизингового платежа к снятию с оплаты, тенге | Количество услуг принятых к оплате | Принято к оплате сумма лизингового платежа, тенге |
|---|---|---|------------------------------------|--|------------------------------------|---|
| Всего с использованием медицинской техники по стационарной помощи, приобретенной на условиях финансового лизинга: | | | | | | |
| Медицинское оборудование | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| И так далее | | | | | | |
| Всего с использованием медицинской техники по стационарозамещающей помощи, приобретенной на условиях финансового лизинга: | | | | | | |
| Медицинское оборудование | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| И так далее | | | | | | |
| Всего | | | | | | |

Всего предъявлено _____ тенге

Итого принято _____ тенге

Председатель: _____ / _____

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

(для протокола на бумажном носителе)

Члены комиссии: _____ / _____

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

(для протокола на бумажном носителе)

_____ / _____

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

(для протокола на бумажном носителе)

_____ / _____

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

(для протокола на бумажном носителе)

Дата " ____ " _____ 20 ____ г.

Форма

Акт выполненных работ (услуг),

оказанных по специализированной медицинской помощи в рамках

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, оплата

которой осуществляется за счет средств республиканского бюджета

№ _____ от "___" _____ 20__ года

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

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

Наименование медицинской организации

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование подпрограммы: _____

Стоимость базового тарифа (ставки)

_____ тенге

Общая сумма Договора _____ тенге

Общая сумма выплаченного аванса _____ тенге

Общая стоимость оплаченных работ (оказанных

услуг) _____ тенге

Общая стоимость исполненных работ (оказанных

услуг) _____ тенге

Общая сумма лизинговых платежей на текущий год согласно Договору

_____ тенге

Тип оплаты: по клинико-затратным группам

| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате по счету-реестру | | Принято к оплате с учетом Линейной шкалы и экспертизы | |
|-------|--|---------------------------------------|---------------|---|---------------|
| | | Число пролеченных больных (человек) | Сумма (тенге) | Число пролеченных больных (человек) | Сумма (тенге) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Оказание специализированной медицинской помощи, в том числе: | | | | |
| 1.1. | стационарная медицинская помощь | | | | |
| 1.2. | стационарозамещающая помощь, в том числе: | | | | |
| 1.2.1 | по дневному стационару | | | | |
| 1.2.2 | по стационару на дому | | | | |

Тип оплаты: по фактическим затратам

| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате по счету-реестру | | Принято к оплате с учетом Линейной шкалы и экспертизы | |
|-------|--|---|---------------|---|---------------|
| | | Число пролеченных больных (человек)/сеансов | Сумма (тенге) | Число пролеченных больных (человек) /сеансов | Сумма (тенге) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Оказание специализированной медицинской помощи, в том числе: | | | | |

| | | | | | |
|-----|---------------------------------|--|--|--|--|
| 1.1 | стационарная медицинская помощь | | | | |
| 1.2 | стационаророзмещающая помощь | | | | |

Тип оплаты: за один пролеченный случай, по койко-дням

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

Тип оплаты: по медико-экономическим тарифам:

по блокам (схемам) курса лечения

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

Реабилитация для детей с онкозаболеваниями

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

| | | | | |
|-------|---|--|---|--|
| 3 | | | | |
| ИТОГО | X | | X | |

Лизинговые платежи

| Наименование | Предъявлено к оплате по счету-реестру | | | Принято к оплате с учетом экспертизы | | |
|---|---------------------------------------|------------------|------------------------------------|--------------------------------------|------------------|------------------------------------|
| | Число пролеченных больных (человек) | Количество услуг | Сумма лизингового платежа (тенге) | Число пролеченных больных (человек) | Количество услуг | Сумма лизингового платежа (тенге) |
| Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга | | | | | | |

Всего принято к оплате с учетом применения линейной шкалы и

экспертизы: _____ тенге

в том числе:

по медико-экономическим тарифам (по блокам/схемам)

_____ тенге

принятая сумма за пролеченные случаи прошедшего периода с

непредотвратимым летальным исходом, прошедшие экспертизу качества и

объема в отчетном периоде _____ тенге

Сумма, удержанная по линейной шкале за превышение плановой

суммы договора _____ тенге

Сумма, удержанная по результатам контроля качества и объема:

_____тенге

предъявленная сумма за пролеченные случаи текущего периода с летальным исходом, не прошедшие экспертизу качества и объема

_____тенге

Сумма по решению комиссии: выплаты

_____тенге

вычеты _____тенге

В том числе возмещение лизинговых платежей

_____тенге

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса

_____тенге

Сумма к удержанию лизинговых платежей

_____тенге

Сумма, к перечислению для оплаты выполненных услуг

_____тенге

Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит удержанию в

следующий период _____тенге

Итого начислено к перечислению

_____тенге

в том числе возмещение лизинговых платежей

_____ тенге

| | |
|---|---|
| <p>Заказчик ГУ "Департамент Комитета оплаты медицинских услуг по городу _____области" Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахтан Адрес _____ Бизнес идентификационный номер (далее –БИН) _____ Индивидуальный идентификационный номер (далее –ИИН) _____ Банковский идентификационный код (далее – БИК) _____ ГУ "Наименование комитет казначейства" _____ Код _____ Код бенефициара (далее – КБЕ) _____ Руководитель _____/_____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для акта на бумажном носителе)</p> | <p>Поставщик _____ (Наименование медицинской организации) Адрес _____ БИН _____ ИИН _____ БИК _____ Наименование банка _____ КБЕ _____ Руководитель _____/_____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для акта на бумажном носителе) МП (для акта на бумажном носителе)</p> |
|---|---|

Место печати (для акта на бумажном носителе)

| | |
|--|--|
| | <p>Приложение 55 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств</p> |
|--|--|

Форма

Акт выполненных работ (услуг),

оказанных по высокоспециализированной медицинской помощи в

рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи,

оплата которой осуществляется за счет средств

республиканского бюджета *

№ _____ от "___" _____ 20__ года

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

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

Наименование медицинской организации

Наименование бюджетной программы _____

Наименование подпрограммы _____

Стоимость базового тарифа (ставки)

_____ тенге

Общая сумма Договора

_____ тенге

Общая сумма выплаченного аванса

_____ тенге

Общая стоимость оплаченных работ (оказанных услуг)

_____ тенге

Общая стоимость исполненных работ (оказанных услуг)

_____ тенге

Общая сумма лизинговых платежей на текущий год согласно Договору

_____тенге

Тип оплаты: по клинико-затратным группам

| № п /п | Наименование | Предъявлено к оплате по счету-реестру | | Принято к оплате | |
|--------|--|---------------------------------------|---------------|-------------------------------------|---------------|
| | | Число пролеченных больных (человек) | Сумма (тенге) | Число пролеченных больных (человек) | Сумма (тенге) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Оказание высокоспециализированной медицинской помощи | | | | |

Тип оплаты: по фактическим затратам

| № п /п | Наименование | Предъявлено к оплате по счету-реестру | | Принято к оплате | |
|--------|--|---|---------------|---|---------------|
| | | Число пролеченных больных (человек)/сеансов | Сумма (тенге) | Число пролеченных больных (человек)/сеансов | Сумма (тенге) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Оказание высокоспециализированной медицинской помощи | | | | |

*В акте указываются соответствующие оплаты, по которым

медицинская организация финансируется за счет средств

республиканского бюджета

Лизинговые платежи

| Наименование | Предъявлено к оплате по счету-реестру | | | Принято к оплате | | |
|---|---------------------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------|-----------------------------------|
| | Число пролеченных больных (человек) | Количество услуг | Сумма лизингового платежа (тенге) | Число пролеченных больных (человек) | Количество услуг | Сумма лизингового платежа (тенге) |
| Всего с использованием медицинской техники, приобретенной | | | | | | |

| | | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| на условиях финансового лизинга | | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|

Всего принято к оплате с учетом применения экспертизы:

_____тенге

в том числе:

_____тенге

принятая сумма за пролеченные случаи прошедшего периода с

непредотвратимым летальным исходом, прошедшие экспертизу качества и

объема в отчетном периоде

_____тенге

Сумма, удержанная по результатам контроля качества и объема:

_____тенге

предъявленная сумма за пролеченные случаи текущего периода с

летальным исходом, не прошедшие экспертизу качества и объема

_____тенге

Сумма по решению комиссии: выплаты

_____тенге

вычеты _____тенге

В том числе возмещение лизинговых платежей

_____тенге

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса

_____тенге

Сумма к удержанию лизинговых платежей

_____тенге

Сумма, к перечислению для оплаты выполненных услуг

_____тенге

Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит удержанию в

следующий период _____тенге

Итого начислено к перечислению

_____тенге

В том числе возмещение лизинговых платежей

_____тенге

| | |
|---|--|
| <p>Заказчик ГУ "Департамент Комитета оплаты медицинских услуг по городу _____области" Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахтан Адрес _____ Бизнес идентификационный номер (далее –БИН) _____ Индивидуальный идентификационный номер (далее –ИИН) _____ Банковский идентификационный код (далее – БИК) _____ ГУ "Наименование комитет казначейства" _____ Код _____ Код бенефициара (далее – КБЕ) _____</p> | <p>Поставщик _____ (Наименование медицинской организации) Адрес _____ БИН _____ ИИН _____ БИК _____ Наименование банка _____ КБЕ _____ Руководитель _____/_____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)</p> |
|---|--|

| | | | | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| щ) | Прочие услуги и работы, всего | | | | | | | | |
| ц) | в т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров | | | | | | | | |
| ш) | в т.ч. на услуги по обеспечению питания | | | | | | | | |
| 5. | Другие текущие затраты | | | | | | | | |
| а) | Командировки и служебные разъезды внутри страны | | | | | | | | |
| А.1 | в т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения | | | | | | | | |
| б) | Командировки и служебные разъезды за пределы страны | | | | | | | | |
| Б.1 | в.т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения | | | | | | | | |
| в) | Прочие текущие затраты | | | | | | | | |
| 6. | Лизинговые платежи | | | | | | | | |
| II | Приобретение основных средств, всего | | | | | | | | |
| а) | в т.ч. оборудования стоимостью до 5 млн. тенге | | | | | | | | |

2. Учет движения материальных ценностей

| Показатели | Остаток на начало отчетного года | Поступило по нарастанию за отчетный период | Израсходовано по нарастанию за отчетный период | Поступило за отчетный период | Израсходовано за отчетный период | Остаток на конец года |
|--|----------------------------------|--|--|------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7=(гр .2+гр .3-гр .4) |
| Лекарственные средства и изделия медицинского назначения | | | | | | |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|
| Продукты питания | | | | | | |
| Топливо, ГСМ | | | | | | |
| Прочие товары | | | | | | |
| Всего запасов | | | | | | |

Руководитель медицинской организации _____ / _____

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

(для акта на бумажном носителе)

Главный бухгалтер _____ / _____

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

(для акта на бумажном носителе)

| | |
|--|--|
| | Приложение 57 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Информация о дифференцированной оплате работников

№ _____ от "___" _____ 20__ года

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

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

Наименование медицинской организации

Наименование бюджетной программы в соответствии с единой

бюджетной классификацией

| № п /п | Наименование | Фактическая численность работников (человек) | | Дополнительные денежные выплаты, тыс. тенге | |
|--------|---|--|---|---|---|
| | | всего | в т.ч. получившие дифференцированную оплату | всего | в т.ч. на дифференцированную оплату труда |
| А | Б | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | ВСЕГО | | | | |
| | в том числе: | х | х | х | х |
| 1 | Врачебный персонал и провизоры | | | | |
| 2 | Средний медицинский и фармацевтический персонал | | | | |
| 3 | Младший медицинский персонал | | | | |
| 4 | Прочий персонал | | | | |

Руководитель медицинской организации _____ / _____

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

(для акта на бумажном носителе)

Главный бухгалтер _____ / _____

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

(для акта на бумажном носителе)

| | |
|--|--|
| | Приложение 58 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Информация о распределении плановой суммы аванса

на оказание медицинских услуг

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

Наименование медицинской организации

Наименование бюджетной программы в соответствии

с единой бюджетной классификацией

| № п/п | Наименование расходов | Основной аванс (тыс.тенге) | Дополнительный аванс (тыс.тенге) |
|-------|--|-----------------------------|-----------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Всего | | |
| 1 | Оплата труда работников | | |
| 1.1 | в том числе дифференцированная оплата | | |
| 2 | Приобретение продуктов питания | | |
| 3 | Приобретение лекарственных средств и ИМН | | |
| 4 | Коммунальные расходы | | |
| 5 | Прочие расходы | | |
| | | | |

Руководитель медицинской организации _____ / _____

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

Главный бухгалтер _____ / _____

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

| | |
|--|--|
| | Приложение 59 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Информация о повышении квалификации и переподготовке кадров

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

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

Наименование медицинской организации

Наименование бюджетной программы в соответствии с единой бюджетной

классификацией _____

Общая сумма Договора, тенге

| № п/п | Наименование | Всего, человек | в том числе | | | | | Всего сумма (тыс. тенг) |
|-------|-----------------------------|----------------|------------------|---|--|---|---|-------------------------|
| | | | Врачей (человек) | Фармацевтов (с высшим образованием), провизоров (человек) | Средних медицинских работников (человек) | Средних фармацевтических работников (человек) | Специалистов с немедицинским образованием (человек) | |
| А | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. | Всего специалистов, из них: | | | | | | | х |
| 1.1 | повысили квалификацию | | | | | | | |
| 1.2 | прошли переподготовку | | | | | | | |
| | ИТОГО | | | | | | | |

Руководитель медицинской организации _____ / _____

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

Главный бухгалтер _____ / _____

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

Место печати

"___" _____ 20__ года

Перечень диагнозов, которые согласно справочнику "Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10)" не являются основным диагнозом и исключены из

Перечней КЗГ по Международной классификации болезней - 10

| № | МКБ 10 | Диагноз по МКБ 10 |
|----|--------|--|
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | B95 | Стрептококки и стафилококки как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 2 | B95.0 | Стрептококки группы А как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 3 | B95.1 | Стрептококки группы В как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 4 | B95.2 | Стрептококки группы D как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 5 | B95.3 | <i>Streptococcus pneumoniae</i> как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 6 | B95.4 | Другие стрептококки как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 7 | B95.5 | Неуточненные стрептококки как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 8 | B95.6 | <i>Staphylococcus aureus</i> как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 9 | B95.7 | Другие стафилококки как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 10 | B95.8 | Неуточненные стафилококки как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 11 | B96 | Другие бактерии как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 12 | B96.0 | <i>Mycoplasma pneumoniae</i> [<i>M.pneumoniae</i>] как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 13 | B96.1 | <i>Klebsiella pneumoniae</i> [<i>K.pneumoniae</i>] как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 14 | B96.2 | <i>Escherichia coli</i> [<i>E.coli</i>] как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 15 | B96.3 | <i>Haemophilus influenzae</i> [<i>H.influenzae</i>] как причина болезней, классифицированных в других рубриках |

| | | |
|----|------------|---|
| 16 | B96.4 | Proteus (mirabilis) (morganii) как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 17 | B96.5 | Pseudomonas (aeruginosa) (mallei) (pseudomallei) как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 18 | B96.6 | Bacillus fragilis [B.fragilis] как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 19 | B96.7 | Clostridium perfringens [C.perfringens] как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 20 | B96.8 | Другие уточненные бактериальные агенты как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 21 | B97 | Вирусы как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 22 | B97.0 | Аденовирусы как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 23 | B97.1 | Энтеровирусы как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 24 | B97.2 | Коронавирусы как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 25 | B97.3 | Ретровирусы как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 26 | B97.4 | Респираторно-синтициальный вирус как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 27 | B97.5 | Реовирусы как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 28 | B97.6 | Парвовирусы как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 29 | B97.7 | Папилломавирусы как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 30 | B97.8 | Другие вирусные агенты как причина болезней, классифицированных в других рубриках |
| 31 | D63* | Анемия при хронических болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 32 | D63.0 * | Анемия при новообразованиях (C00-D48) |
| 33 | D63.8 * | Анемия при других хронических болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 34 | D77* | Другие нарушения крови и кроветворных органов при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 35 | E35* | Нарушения эндокринных желез при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 36 | E35.0 * | Нарушения щитовидной железы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 37 | E35.1 * | Нарушения надпочечников при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 38 | E35.8 * | Нарушения других эндокринных желез при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 39 | E90* | Расстройства питания и нарушения обмена веществ при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 40 | F00* | Деменция при болезни Альцгеймера |
| 41 | F00.0 * | Деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом (G30.0) |
| 42 | F00.1 * | Деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом (G30.1) |
| | | |

| | | |
|----|------------|---|
| 43 | F00.2 * | Деменция при болезни Альцгеймера, атипичная или смешанного типа (G30.8) |
| 44 | F00.9 * | Деменция при болезни Альцгеймера неуточненная (G30.9) |
| 45 | F02* | Деменция при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 46 | F02.0 * | Деменция при болезни Пика (G31.0) |
| 47 | F02.1 * | Деменция при болезни Крейтцфельда-Якоба (A81.0) |
| 48 | F02.2 * | Деменция при болезни Гентингтона (G10) |
| 49 | F02.3 * | Деменция при болезни Паркинсона (G20) |
| 50 | F02.4 * | Деменция при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ] (B22.0) |
| 51 | F02.8 * | Деменция при других уточненных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 52 | G01* | Менингит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 53 | G02* | Менингит при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 54 | G02.0 * | Менингит при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 55 | G02.1 * | Менингит при микозах |
| 56 | G02.8 * | Менингит при других уточненных инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 57 | G05* | Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при болезнях классифицированных в других рубриках |
| 58 | G05.0 * | Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 59 | G05.1 * | Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 60 | G05.2 * | Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других в других рубриках |
| 61 | G05.8 * | Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 62 | G07* | Внутричерепной и внутрипозвоночный абсцесс и гранулема при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 63 | G13* | Системные атрофии, поражающие преимущественно центральную нервную систему при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 64 | G13.0 * | Паранеопластическая невромиопатия и невропатия |
| 65 | G13.1 * | Другие системные атрофии, влияющие преимущественно на центральную нервную систему, при опухолевых заболеваниях |
| 66 | G13.2 * | Системная атрофия при микседеме, влияющая преимущественно на центральную нервную систему (E00.1, E03.-) |
| | | |

| | | |
|----|--------|---|
| 67 | G13.8* | Системная атрофия, влияющая преимущественно на центральную нервную систему, при прочих заболеваниях, классифицированных в других рубриках |
| 68 | G22* | Паркинсонизм при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 69 | G26* | Экстрапирамидные и двигательные нарушения при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 70 | G32* | Другие дегенеративные нарушения нервной системы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 71 | G32.0* | Подострая комбинированная дегенерация спинного мозга при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 72 | G32.8* | Другие уточненные дегенеративные нарушения нервной системы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 73 | G46* | Сосудистые мозговые синдромы при цереброваскулярных болезнях (I60-I67) |
| 74 | G46.0* | Синдром средней мозговой артерии (I66.0) |
| 75 | G46.1* | Синдром передней мозговой артерии (I66.1) |
| 76 | G46.2* | Синдром задней мозговой артерии (I66.2) |
| 77 | G46.3* | Синдром инсульта в стволе головного мозга (I60-I67) |
| 78 | G46.4* | Синдром мозжечкового инсульта (I60-I67) |
| 79 | G46.5* | Чисто двигательный лакунарный синдром (I60-I67) |
| 80 | G46.6* | Чисто чувствительный лакунарный синдром (I60-I67) |
| 81 | G46.7* | Другие лакунарные синдромы (I60-I67) |
| 82 | G46.8* | Другие сосудистые синдромы головного мозга при цереброваскулярных болезнях (I60-I67) |
| 83 | G53* | Поражения черепных нервов при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 84 | G53.0* | Невралгия после опоясывающего лишая (B02.2) |
| 85 | G53.1* | Множественные поражения черепных нервов при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках (A00-B99) |
| 86 | G53.2* | Множественные поражения черепных нервов при саркоидозе (D86.8) |
| 87 | G53.3* | Множественные поражения черепных нервов при новообразованиях (C00-D48) |
| 88 | G53.8* | Другие поражения черепных нервов при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 89 | G55* | Сдавления нервных корешков и сплетений при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 90 | G55.0* | Сдавление нервных корешков и сплетений при новообразованиях (C00-D48) |
| | | |

| | | |
|-----|------------|---|
| 91 | G55.1 * | Сдавления нервных корешков и сплетений при нарушениях межпозвоночных дисков (M50-M51) |
| 92 | G55.2 * | Сдавления нервных корешков и сплетений при спондилезе (M47.-) |
| 93 | G55.3 * | Сдавления нервных корешков и сплетений при других дорсопатиях (M45-M46, M48.-, M53-M54) |
| 94 | G55.8 * | Сдавления нервных корешков и сплетений при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 95 | G59* | Мононевропатия при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 96 | G59.0 * | Диабетическая мононевропатия (E10-E14 с общим четвертым знаком.4) |
| 97 | G59.8 * | Другие мононевропатии при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 98 | G63* | Полиневропатия при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 99 | G63.0 * | Полиневропатия при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 100 | G63.1 * | Полиневропатия при новообразованиях (C00-D48) |
| 101 | G63.2 * | Диабетическая полиневропатия при болезнях (E10-E14 с общим четвертым знаком.4) |
| 102 | G63.3 * | Полиневропатия при других эндокринных болезнях и нарушениях обмена веществ (E00-E07, E15-E16, E20-E34, E70-E89) |
| 103 | G63.4 * | Полиневропатия при недостаточности питания (E40-E64) |
| 104 | G63.5 * | Полиневропатия при системных поражениях соединительной ткани (M30-M35) |
| 105 | G63.6 * | Полиневропатия при других костно-мышечных поражениях (M00-M25, M40-M96) |
| 106 | G63.8 * | Полиневропатия при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 107 | G73* | Поражения нервно-мышечного синапса и мышц при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 108 | G73.0 * | Миастенические синдромы при эндокринных болезнях |
| 109 | G73.1 * | Синдром Итона-Ламберта (C80) |
| 110 | G73.2 * | Другие миастенические синдромы при опухолевом поражении C00-D48 |
| 111 | G73.3 * | Миастенические синдромы при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 112 | G73.4 * | Миопатия при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 113 | G73.5 * | Миопатия при эндокринных болезнях |
| 114 | G73.6 * | Миопатия при нарушениях обмена веществ |
| | | |

| | | |
|-----|------------|--|
| 115 | G73.7 * | Миопатия при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 116 | G94* | Другие поражения головного мозга при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 117 | G94.0 * | Гидроцефалия при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках (A00-B99) |
| 118 | G94.1 * | Гидроцефалия при опухолевых болезнях (C00-D48) |
| 119 | G94.2 * | Гидроцефалия при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 120 | G94.8 * | Другие уточненные поражения головного мозга при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 121 | G99* | Другие поражения нервной системы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 122 | G99.0 * | Вегетативная невропатия при эндокринных и метаболических болезнях |
| 123 | G99.1 * | Другие нарушения вегетативной [автономной] нервной системы при прочих болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 124 | G99.2 * | Миелопатия при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 125 | G99.8 * | Другие уточненные нарушения нервной системы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 126 | H03* | Поражения века при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 127 | H03.0 * | Паразитарные болезни века при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 128 | H03.1 * | Поражения века при других инфекционных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 129 | H03.8 * | Поражения века при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 130 | H06* | Поражения слезного аппарата и глазницы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 131 | H06.0 * | Поражения слезного аппарата при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 132 | H06.1 * | Паразитарная инвазия глазницы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 133 | H06.2 * | Экзофтальм при нарушении функции щитовидной железы (E05.-) |
| 134 | H06.3 * | Другие поражения глазницы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 135 | H13* | Поражения конъюнктивы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 136 | H13.0 * | Филярийная инвазия конъюнктивы (B74.-) |
| 137 | H13.1 * | Острый конъюнктивит при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 138 | H13.2 * | Конъюнктивит при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| | | |

| | | |
|-----|------------|--|
| 139 | H13.3 * | Глазной пемфигоид (L12.-) |
| 140 | H13.8 * | Другие поражения конъюнктивы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 141 | H19* | Поражения склеры и роговицы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 142 | H19.0 * | Склерит и эписклерит при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 143 | H19.1 * | Кератит, обусловленный вирусом простого герпеса, и кератоконъюнктивит (В00.5) |
| 144 | H19.2 * | Кератит и кератоконъюнктивит при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 145 | H19.3 * | Кератит и кератоконъюнктивит при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 146 | H19.8 * | Другие поражения склеры и роговицы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 147 | H22* | Поражения радужной оболочки и цилиарного тела при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 148 | H22.0 * | Иридоциклит при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 149 | H22.1 * | Иридоциклит при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 150 | H22.8 * | Другие поражения радужной оболочки и цилиарного тела при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 151 | H28* | Катаракта и другие поражения хрусталика при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 152 | H28.0 * | Диабетическая катаракта (E10-E14 с общим четвертым знаком.3) |
| 153 | H28.1 * | Катаракта при других болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ, классифицированных в других рубриках |
| 154 | H28.2 * | Катаракта при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 155 | H28.8 * | Другие поражения хрусталика при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 156 | H32* | Хориоретинальные нарушения при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 157 | H32.0 * | Хориоретинальное воспаление при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 158 | H32.8 * | Другие хориоретинальные нарушения при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 159 | H36* | Поражения сетчатки при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 160 | H36.0 * | Диабетическая ретинопатия (E10-E14) с общим четвертым знаком.3) |
| 161 | H36.8 * | Другие ретинальные нарушения при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 162 | H42* | Глаукома при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| | | |

| | | |
|-----|------------|---|
| 163 | H42.0 * | Глаукома при болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ |
| 164 | H42.8 * | Глаукома при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 165 | H45* | Поражения стекловидного тела и глазного яблока при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 166 | H45.0 * | Кровоизлияние в стекловидное тело при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 167 | H45.1 * | Эндофтальмит при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 168 | H45.8 * | Другие поражения стекловидного тела и глазного яблока при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 169 | H48* | Поражения зрительного [2-го] нерва и зрительных путей при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 170 | H48.0 * | Атрофия зрительного нерва при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 171 | H48.1 * | Ретробульбарный неврит при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 172 | H48.8 * | Другие поражения зрительного нерва и зрительных путей при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 173 | H58* | Другие поражения глаза и его придаточного аппарата при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 174 | H58.0 * | Аномалии зрачковой функции при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 175 | H58.1 * | Нарушения зрения при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 176 | H58.8 * | Другие нарушения глаза и его придаточного аппарата при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 177 | H62* | Поражения наружного уха при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 178 | H62.0 * | Наружный отит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 179 | H62.1 * | Наружный отит при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 180 | H62.2 * | Наружный отит при микозах |
| 181 | H62.3 * | Наружный отит при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 182 | H62.4 * | Наружный отит при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 183 | H62.8 * | Другие поражения наружного уха при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 184 | H67* | Средний отит при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 185 | H67.0 * | Средний отит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 186 | H67.1 * | Средний отит при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках |

| | | |
|-----|------------|---|
| 187 | H67.8 * | Средний отит при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 188 | H75* | Другие поражения среднего уха и сосцевидного отростка при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 189 | H75.0 * | Мастоидит при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 190 | H75.8 * | Другие уточненные болезни среднего уха и сосцевидного отростка при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 191 | H82* | Вестибулярные синдромы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 192 | H94* | Другие поражения уха при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 193 | H94.0 * | Кохлеарный неврит при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 194 | H94.8 * | Другие уточненные поражения уха при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 195 | I32* | Перикардит при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 196 | I32.0 * | Перикардит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 197 | I32.1 * | Перикардит при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 198 | I32.8 * | Перикардит при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 199 | I39* | Эндокардит и поражения клапанов сердца при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 200 | I39.0 * | Поражения митрального клапана при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 201 | I39.1 * | Поражения аортального клапана при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 202 | I39.2 * | Поражения трехстворчатого клапана при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 203 | I39.3 * | Поражения клапана легочной артерии при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 204 | I39.4 * | Множественные поражения клапанов при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 205 | I39.8 * | Эндокардит, клапан не уточнен, при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 206 | I41* | Миокардит при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 207 | I41.0 * | Миокардит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 208 | I41.1 * | Миокардит при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 209 | I41.2 * | Миокардит при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 210 | I41.8 * | Миокардит при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 211 | I43* | Кардиомиопатия при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| | | |

| | | |
|-----|------------|---|
| 212 | I43.0 * | Кардиомиопатия при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 213 | I43.1 * | Кардиомиопатия при метаболических нарушениях |
| 214 | I43.2 * | Кардиомиопатия при расстройствах питания |
| 215 | I43.8 * | Кардиомиопатия при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 216 | I52* | Другие поражения сердца при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 217 | I52.0 * | Другие поражения сердца при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 218 | I52.1 * | Другие поражения сердца при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 219 | I52.8 * | Другие поражения сердца при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 220 | I68* | Поражения сосудов мозга при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 221 | I68.0 * | Церебральная амилоидная ангиопатия (E85.-) |
| 222 | I68.1 * | Церебральный артериит при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 223 | I68.2 * | Церебральный артериит при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 224 | I68.8 * | Другие поражения сосудов мозга при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 225 | I79* | Поражения артерий, артериол и капилляров при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 226 | I79.0 * | Аневризма аорты при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 227 | I79.1 * | Аортит при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 228 | I79.2 * | Периферическая ангиопатия при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 229 | I79.8 * | Другие поражения артерий, артериол и капилляров при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 230 | I98* | Другие нарушения системы кровообращения при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 231 | I98.0 * | Сифилис сердечно-сосудистой системы |
| 232 | I98.1 * | Поражение сердечно-сосудистой системы при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 233 | I98.2 * | Варикозное расширение вен пищевода при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 234 | I98.8 * | Другие уточненные нарушения системы кровообращения при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 235 | J17* | Пневмония при болезнях, классифицированных в других рубриках |

| | | |
|-----|------------|---|
| 236 | J17.0 * | Пневмония при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 237 | J17.1 * | Пневмония при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 238 | J17.2 * | Пневмония при микозах |
| 239 | J17.3 * | Пневмония при паразитарных болезнях |
| 240 | J17.8 * | Пневмония при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 241 | J91* | Плевральный выпот при состояниях, классифицированных в других рубриках |
| 242 | J99* | Респираторные нарушения при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 243 | J99.0 * | Ревматоидная болезнь легкого (M05.1) |
| 244 | J99.1 * | Респираторные нарушения при других диффузных нарушениях соединительной ткани |
| 245 | J99.8 * | Респираторные нарушения при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 246 | K23* | Поражения пищевода при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 247 | K23.0 * | Туберкулезный эзофагит (A18.8) |
| 248 | K23.1 * | Расширение пищевода при болезни Шагаса (B57.3) |
| 249 | K23.8 * | Поражения пищевода при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 250 | K67* | Поражения брюшины при инфекционных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 251 | K67.0 * | Хламидийный перитонит (A74.8) |
| 252 | K67.1 * | Гонококковый перитонит (A54.8) |
| 253 | K67.2 * | Сифилитический перитонит (A52.7) |
| 254 | K67.3 * | Туберкулезный перитонит (A18.3) |
| 255 | K67.8 * | Другие поражения брюшины при инфекционных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 256 | K77* | Поражения печени при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 257 | K77.0 * | Поражения печени при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 258 | K77.8 * | Поражение печени при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 259 | K87* | Поражения желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 260 | K87.0 * | Поражение желчного пузыря и желчевыводящих путей при болезнях, классифицированных в других рубриках |

| | | |
|-----|------------|---|
| 261 | K87.1 * | Поражение поджелудочной железы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 262 | K93* | Поражения других органов пищеварения при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 263 | K93.0 * | Туберкулезное поражение кишечника, брюшины и лимфатических узлов брыжейки (A18.3) |
| 264 | K93.1 * | Мегаколон при болезни Шагаса (B57.3) |
| 265 | K93.8 * | Поражение других уточненных органов пищеварения при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 266 | L14* | Буллезные нарушения кожи при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 267 | L45* | Папулосквамозные нарушения при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 268 | L54* | Эритема при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 269 | L54.0 * | Эритема маргинальная при остром суставном ревматизме (I00) |
| 270 | L54.8 * | Эритема при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 271 | L62* | Изменения ногтей при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 272 | L62.0 * | Булавовидный ноготь при пахидермопериостозе (M89.4) |
| 273 | L62.8 * | Изменения ногтей при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 274 | L86* | Кератодермии при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 275 | L99* | Другие поражения кожи и подкожной клетчатки при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 276 | L99.0 * | Амилоидоз кожи (E85.-) |
| 277 | L99.8 * | Другие уточненные поражения кожи и подкожной клетчатки при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 278 | M01* | Прямое инфицирование сустава при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 279 | M01.0 * | Менингококковый артрит (A39.8) |
| 280 | M01.1 * | Туберкулезный артрит (A18.0) |
| 281 | M01.2 * | Артрит при болезни Лайма (A69.2) |
| 282 | M01.3 * | Артрит при других бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 283 | M01.4 * | Артрит при краснухе (B06.8) |
| 284 | M01.5 * | Артрит при других вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 285 | M01.6 * | Артрит при микозах (B35-B49) |

| | | |
|-----|------------|--|
| 286 | M01.8 * | Артрит при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 287 | M03* | Постинфекционные и реактивные артропатии при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 288 | M03.0 * | Артрит после перенесенной менингококковой инфекции (A39.8) |
| 289 | M03.1 * | Постинфекционная артропатия при сифилисе |
| 290 | M03.2 * | Другие постинфекционные артропатии при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 291 | M03.6 * | Реактивная артропатия при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 292 | M07* | Псориатические и энтеропатические артропатии |
| 293 | M07.0 * | Дистальная межфаланговая псориатическая артропатия (L40.5) |
| 294 | M07.1 * | Мутилирующий артрит (L40.5) |
| 295 | M07.2 * | Псориатический спондилит (L40.5) |
| 296 | M07.3 * | Другие псориатические артропатии (L40.5) |
| 297 | M07.4 * | Артропатия при болезни Крона [регионарном энтерите] (K50.-) |
| 298 | M07.5 * | Артропатия при язвенном колите (K51.-) |
| 299 | M07.6 * | Другие энтеропатические артропатии |
| 300 | M09* | Юношеский [ювенильный] артрит при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 301 | M09.0 * | Юношеский артрит при псориазе (L40.5) |
| 302 | M09.1 * | Юношеский артрит при болезни Крона регионарном энтерите (K50.-) |
| 303 | M09.2 * | Юношеский артрит при язвенном колите (K51.-) |
| 304 | M09.8 * | Юношеский артрит при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 305 | M14* | Артропатии при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 306 | M14.0 * | Подагрическая артропатия вследствие ферментных дефектов и других наследственных нарушений |
| 307 | M14.1 * | Кристаллическая артропатия при других обменных болезнях |
| 308 | M14.2 * | Диабетическая артропатия (E10-E14) с общим четвертым знаком.6) |
| 309 | M14.3 * | Липоидный дерматоартрит (E78.8) |
| | | |

| | | |
|-----|------------|---|
| 310 | M14.4 * | Артропатия при амилоидозе (E85.-) |
| 311 | M14.5 * | Артропатия при других болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ |
| 312 | M14.6 * | Невропатическая артропатия |
| 313 | M14.8 * | Артропатия при других уточненных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 314 | M36* * | Системные поражения соединительной ткани при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 315 | M36.0 * | Дермато(поли) миозит при новообразованиях (C00-D48) |
| 316 | M36.1 * | Артропатия при новообразованиях (C00-D48) |
| 317 | M36.2 * | Артропатия при гемофилии (D66-D68) |
| 318 | M36.3 * | Артропатия при других болезнях крови (D50-D76) |
| 319 | M36.4 * | Артропатия при реакциях гиперчувствительности, классифицированных в других рубриках |
| 320 | M36.8 * | Системные поражения соединительной ткани при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 321 | M49* * | Спондилопатии при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 322 | M49.0 * | Туберкулез позвоночника (A18.0) |
| 323 | M49.1 * | Бруцеллезный спондилит (A23.-) |
| 324 | M49.2 * | Энтеробактериальный спондилит (A01-A04) |
| 325 | M49.3 * | Спондилопатии при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 326 | M49.4 * | Нейропатическая спондилопатия |
| 327 | M49.5 * | Разрушение позвоночника при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 328 | M49.8 * | Спондилопатии при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 329 | M63* * | Поражения мышцы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 330 | M63.0 * | Миозиты при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 331 | M63.1 * | Миозиты при протозойной и паразитарной инфекциях, классифицированных в других рубриках |
| 332 | M63.2 * | Миозит при других инфекционных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 333 | M63.3 * | Миозит при саркоидозе (D86.8) |
| | | |

| | | |
|-----|------------|--|
| 334 | M63.8 * | Другие мышечные расстройства при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 335 | M68* | Поражения синовиальных оболочек и сухожилий при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 336 | M68.0 * | Синовит и теносиновит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 337 | M68.8 * | Другие поражения синовиальных оболочек и сухожилий при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 338 | M73* | Поражения мягких тканей при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 339 | M73.0 * | Гонококковый бурсит (A54.4) |
| 340 | M73.1 * | Сифилитический бурсит (A52.7) |
| 341 | M73.8 * | Другие поражения мягких тканей при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 342 | M82* | Остеопороз при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 343 | M82.0 * | Остеопороз при множественном миеломатозе (C90.0) |
| 344 | M82.1 * | Остеопороз при эндокринных нарушениях (E00-E34) |
| 345 | M82.8 * | Остеопороз при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 346 | M90* | Остеопатии при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 347 | M90.0 * | Туберкулез костей (A18.0) |
| 348 | M90.1 * | Периостит при инфекционных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 349 | M90.2 * | Остеопатия при других инфекционных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 350 | M90.3 * | Остеонекроз при кессонной болезни (T70.3) |
| 351 | M90.4 * | Остеонекроз вследствие гемоглобинопатии (D50-D64) |
| 352 | M90.5 * | Остеонекроз при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 353 | M90.6 * | Деформирующий остеоит при новообразованиях (C00-D48) |
| 354 | M90.7 * | Переломы костей при новообразованиях (C00-D48) |
| 355 | M90.8 * | Остеопатия при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 356 | N08* | Гломерулярные поражения при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 357 | N08.0 * | Гломерулярные поражения при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| | | |

| | | |
|-----|------------|---|
| 358 | N08.1 * | Гломерулярные поражения при новообразованиях |
| 359 | N08.2 * | Гломерулярные поражения при болезнях крови и иммунных нарушениях |
| 360 | N08.3 * | Гломерулярные поражения при сахарном диабете (E10-E14) с общим четвертым знаком.2) |
| 361 | N08.4 * | Гломерулярные поражения при других болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ |
| 362 | N08.5 * | Гломерулярные поражения при системных болезнях соединительной ткани |
| 363 | N08.8 * | Гломерулярные поражения при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 364 | N16* | Тубулоинтерстициальные поражения почек при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 365 | N16.0 * | Тубулоинтерстициальное поражение почек при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 366 | N16.1 * | Тубулоинтерстициальное поражение почек при новообразованиях |
| 367 | N16.2 * | Тубулоинтерстициальное поражение почек при болезнях крови и нарушениях, вовлекающих иммунный механизм |
| 368 | N16.3 * | Тубулоинтерстициальное поражение почек при нарушениях обмена веществ |
| 369 | N16.4 * | Тубулоинтерстициальное поражение почек при системных болезнях соединительной ткани |
| 370 | N16.5 * | Тубулоинтерстициальное поражение почек при отторжении трансплантата (T86.-) |
| 371 | N16.8 * | Тубулоинтерстициальное поражение почек при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 372 | N22* | Камни мочевых путей при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 373 | N22.0 * | Мочевые камни при шистосомозе [бильгарциозе] (B65.-) |
| 374 | N22.8 * | Камни мочевых путей при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 375 | N29* | Другие поражения почки и мочеточника при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 376 | N29.0 * | Поздний сифилис почки (A52.7) |
| 377 | N29.1 * | Другие поражения почки и мочеточника при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 378 | N29.8 * | Другие поражения почки и мочеточника при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 379 | N33* | Поражения мочевого пузыря при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 380 | N33.0 * | Туберкулезный цистит (A18.1) |
| 381 | N33.8 * | Поражения мочевого пузыря при других болезнях, классифицированных в других рубриках |

| | | |
|-----|--------|--|
| 382 | N37* | Поражения уретры при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 383 | N37.0* | Уретрит при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 384 | N37.8* | Другие поражения уретры при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 385 | N51* | Поражения мужских половых органов при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 386 | N51.0* | Поражения предстательной железы при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 387 | N51.1* | Поражения яичка и его придатков при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 388 | N51.2* | Баланит при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 389 | N51.8* | Другие поражения мужских половых органов при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 390 | N74* | Воспалительные болезни женских тазовых органов при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 391 | N74.0* | Туберкулезная инфекция шейки матки (A18.1) |
| 392 | N74.1* | Воспалительные болезни женских тазовых органов туберкулезной этиологии (A18.1) |
| 393 | N74.2* | Воспалительные болезни женских тазовых органов, вызванные сифилисом (A51.4, A52.7) |
| 394 | N74.3* | Гонококковые воспалительные болезни женских тазовых органов (A54.2) |
| 395 | N74.4* | Воспалительные болезни женских тазовых органов, вызванные хламидиями (A56.1) |
| 396 | N74.8* | Воспалительные болезни женских тазовых органов при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 397 | N77* | Изъязвление и воспаление вульвы и влагалища при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 398 | N77.0* | Изъязвление вульвы при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 399 | N77.1* | Вагинит, вульвит и вульвовагинит при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 400 | N77.8* | Изъязвление и воспаление вульвы и влагалища при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| 401 | P00 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные состояниями матери, которые могут быть связаны с настоящей беременностью |
| 402 | P00.0 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные гипертензивными расстройствами матери |
| 403 | P00.1 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные болезнями почек и мочевых путей у матери |
| 404 | P00.2 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные инфекционными и паразитарными болезнями у матери |
| 405 | P00.4 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные расстройствами питания у матери |

| | | |
|-----|-------|---|
| 406 | P00.8 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные другими состояниями матери |
| 407 | P01 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные осложнениями беременности у матери |
| 408 | P01.0 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные истмико-цервикальной недостаточностью |
| 409 | P01.1 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные преждевременным разрывом плодных оболочек |
| 410 | P01.2 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные олигогидрамнионом |
| 411 | P01.3 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные полигидрамнионом |
| 412 | P01.5 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные многоплодной беременностью |
| 413 | P01.7 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные неправильным предлежанием плода перед родами |
| 414 | P01.8 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные другими болезнями матери, осложняющими беременность |
| 415 | P02 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные осложнениями со стороны плаценты, пуповины и плодных оболочек |
| 416 | P02.0 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные предлежанием плаценты |
| 417 | P02.1 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные другими осложнениями, связанными с отделением плаценты и кровотечением |
| 418 | P02.3 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные синдромом плацентарной трансфузии |
| 419 | P02.4 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные выпадением пуповины |
| 420 | P02.5 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные другими видами сдавления пуповины |
| 421 | P02.7 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные хориоамнионитом |
| 422 | P02.9 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные неуточненными аномалиями хориона и амниона |
| 423 | P03 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные другими осложнениями родов и родоразрешения |
| 424 | P03.0 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные родоразрешением в тазовом предлежании и с экстракцией плода |
| 425 | P03.4 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные родоразрешением с помощью кесарева сечения |
| 426 | P03.5 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные стремительными родами |
| 427 | P03.6 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные нарушениями сократительной деятельности матки |
| 428 | P03.8 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные другими осложнениями родов и родоразрешения |
| 429 | P03.9 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные осложнениями родов и родоразрешения, неуточненные |
| 430 | P04 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные воздействием вредных веществ, проникающих через плаценту и грудное молоко |
| | | |

Поражения плода и новорожденного, обусловленные применением анестезии и

431 P04.0

| | | |
|-----|-------|---|
| | | аналгезирующих средств у матери во время беременности, родов и родоразрешения |
| 432 | R04.3 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные потреблением алкоголя матерью |
| 433 | R04.5 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные использованием матерью пищевых химических веществ |
| 434 | R04.8 | Поражения плода и новорожденного, обусловленные другими вредными воздействиями на мать |
| 435 | P75* | Мекониевый илеус (E84.1) |
| 436 | P95 | Смерть плода по неуточненной причине |
| 437 | R00 | Отклонения от нормы сердечного ритма |
| 438 | R01 | Сердечные шумы и другие сердечные звуки |
| 439 | R02 | Гангрена, не классифицированная в других рубриках |
| 440 | R03 | Аномальные показатели кровяного давления при отсутствии диагноза |
| 441 | R04 | Кровотечение из дыхательных путей |
| 442 | R04.1 | Кровотечение из горла |
| 443 | R04.2 | Кровохарканье |
| 444 | R04.8 | Кровотечение из других отделов дыхательных путей |
| 445 | R04.9 | Кровотечение из дыхательных путей неуточненное |
| 446 | R05 | Кашель |
| 447 | R06 | Аномальное дыхание |
| 448 | R07 | Боль в горле и груди |
| 449 | R07.1 | Боль в груди при дыхании |
| 450 | R07.2 | Боль в области сердца |
| 451 | R07.3 | Другие боли в груди |
| 452 | R07.4 | Боль в груди неуточненная |
| 453 | R09 | Другие симптомы и признаки, относящиеся к системам кровообращения и дыхания |
| 454 | R09.1 | Плеврит |
| 455 | R09.2 | Задержка дыхания |
| 456 | R09.3 | Мокрота |
| 457 | R09.8 | Другие уточненные симптомы и признаки, относящиеся к системам кровообращения и дыхания |
| 458 | R10 | Боли в области живота и таза |
| 459 | R11 | Тошнота и рвота |
| 460 | R12 | Изжога |
| 461 | R13 | Дисфагия |
| 462 | R14 | Метеоризм и родственные состояния |
| 463 | R15 | Недержание кала |
| 464 | R16 | Гепатомегалия и спленомегалия, не классифицированные в других рубриках |
| 465 | R16.1 | Спленомегалия, не классифицированная в других рубриках |
| 466 | R16.2 | Гепатомегалия со спленомегалией, не классифицированные в других рубриках |
| 467 | R17 | Неуточненная желтуха |

| | | |
|-----|-------|---|
| 468 | R18 | Асцит |
| 469 | R19 | Другие симптомы и признаки, относящиеся к системе пищеварения и брюшной полости |
| 470 | R20 | Нарушение кожной чувствительности |
| 471 | R21 | Сыпь и другие неспецифические кожные высыпания |
| 472 | R22 | Локализованное выбухание, уплотнение или припухлость кожи и подкожной клетчатки |
| 473 | R23 | Другие кожные изменения |
| 474 | R25 | Аномальные произвольные движения |
| 475 | R26 | Нарушения походки и подвижности |
| 476 | R26.1 | Паралитическая походка |
| 477 | R26.2 | Затруднение при ходьбе, не классифицированное в других рубриках |
| 478 | R26.8 | Другие и неуточненные нарушения походки и подвижности |
| 479 | R27 | Другое нарушение координации |
| 480 | R29 | Другие симптомы и признаки, относящиеся к нервной и костно-мышечной системам |
| 481 | R29.1 | Менингизм |
| 482 | R29.2 | Аномальный рефлекс |
| 483 | R29.3 | Аномальное положение тела |
| 484 | R29.4 | Щелкающее бедро |
| 485 | R29.8 | Другие и неуточненные симптомы и признаки, относящиеся к нервной и костно-мышечной системам |
| 486 | R30 | Боль, связанная с мочеиспусканием |
| 487 | R31 | Неспецифическая гематурия |
| 488 | R32 | Недержание мочи неуточненное |
| 489 | R33 | Задержка мочи |
| 490 | R34 | Анурия и олигурия |
| 491 | R35 | Полиурия |
| 492 | R36 | Выделения из уретры |
| 493 | R39 | Другие симптомы и признаки, относящиеся к мочевыделительной системе |
| 494 | R40 | Сомнолентность, ступор и кома |
| 495 | R41 | Другие симптомы и признаки, относящиеся к познавательной способности и осознанию |
| 496 | R42 | Головокружение и нарушение устойчивости |
| 497 | R43 | Нарушения обоняния и вкусовой чувствительности |
| 498 | R44 | Другие симптомы и признаки, относящиеся к общим ощущениям и восприятиям |
| 499 | R45 | Симптомы и признаки, относящиеся к эмоциональному состоянию |
| 500 | R46 | Симптомы и признаки, относящиеся к внешнему виду и поведению |
| 501 | R47 | Нарушения речи, не классифицированные в других рубриках |
| 502 | R48 | Дислексия и другие нарушения узнавания и понимания символов и знаков, не классифицированные в других рубриках |
| 503 | R49 | Нарушения голоса |
| 504 | R50 | Лихорадка неясного происхождения |

| | | |
|-----|-------|--|
| 505 | R51 | Головная боль |
| 506 | R52 | Боль, не классифицированная в других рубриках |
| 507 | R53 | Недомогание и утомляемость |
| 508 | R54 | Старость |
| 509 | R55 | Обморок (синкопе) и коллапс |
| 510 | R56 | Судороги, не классифицированные в других рубриках |
| 511 | R57 | Шок, не классифицированный в других рубриках |
| 512 | R58 | Кровотечение, не классифицированное в других рубриках |
| 513 | R59 | Увеличение лимфатических узлов |
| 514 | R60 | Отек, не классифицированный в других рубриках |
| 515 | R61 | Гипергидроз |
| 516 | R62 | Отсутствие ожидаемого нормального физиологического развития |
| 517 | R63 | Симптомы и признаки, связанные с приемом пищи и жидкости |
| 518 | R64 | Кахексия |
| 519 | R68 | Другие общие симптомы и признаки |
| 520 | R68.1 | Неспецифические симптомы, характерные для младенцев |
| 521 | R68.2 | Сухой рот неуточненный |
| 522 | R68.3 | Пальцы в виде барабанных палочек |
| 523 | R68.8 | Другие и неуточненные симптомы и признаки |
| 524 | R69 | Неизвестные и неуточненные причины заболевания |
| 525 | R70 | Ускоренное оседание эритроцитов и аномалии вязкости плазмы (крови) |
| 526 | R71 | Аномалия эритроцитов |
| 527 | R72 | Аномалия лейкоцитов, не классифицированная в других рубриках |
| 528 | R73 | Повышенное содержание глюкозы в крови |
| 529 | R74 | Отклонения от нормы содержания ферментов в сыворотке |
| 530 | R75 | Лабораторное обнаружение вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) |
| 531 | R76 | Другие отклонения от нормы, выявленные при иммунологическом исследовании сыворотки |
| 532 | R77 | Другие отклонения от нормы белков плазмы |
| 533 | R78 | Обнаружение лекарственных средств и других веществ, в норме не присутствующих в крови |
| 534 | R79 | Другие отклонения от нормы химического состава крови |
| 535 | R80 | Изолированная протеинурия |
| 536 | R81 | Гликозурия |
| 537 | R82 | Другие отклонения от нормы, выявленные при исследовании мочи |
| 538 | R83 | Отклонения от нормы, выявленные при исследовании спинномозговой жидкости |
| 539 | R84 | Отклонения от нормы, выявленные при исследовании препаратов из органов грудной клетки |
| 540 | R85 | Отклонения от нормы, выявленные при исследовании препаратов из органов пищеварения и брюшной полости |
| 541 | R86 | Отклонения от нормы, выявленные при исследовании препаратов из мужских половых органов |
| | | |

| | | |
|-----|-------|---|
| 542 | R87 | Отклонения от нормы, выявленные при исследовании препаратов из женских половых органов |
| 543 | R89 | Отклонения от нормы, выявленные при исследовании препаратов из других органов, систем и тканей |
| 544 | R90 | Отклонения от нормы, выявленные при получении диагностических изображений в ходе исследования центральной нервной системы |
| 545 | R91 | Отклонения от нормы, выявленные при получении диагностического изображения в ходе исследования легких |
| 546 | R92 | Отклонения от нормы, выявленные при получении диагностического изображения в ходе исследования молочной железы |
| 547 | R93 | Отклонения от нормы, выявленные при получении диагностического изображения в ходе исследования других органов и областей тела |
| 548 | R93.1 | Отклонения от нормы, выявленные при получении диагностического изображения в ходе исследования сердца и коронарного кровообращения |
| 549 | R93.2 | Отклонения от нормы, выявленные при получении диагностического изображения в ходе исследования печени и желчных протоков |
| 550 | R93.3 | Отклонения от нормы, выявленные при получении диагностического изображения в ходе исследования других отделов пищеварительного тракта |
| 551 | R93.4 | Отклонения от нормы, выявленные при получении диагностического изображения в ходе исследования мочевых органов |
| 552 | R93.5 | Отклонения от нормы, выявленные при получении диагностического изображения в ходе исследования других областей живота, включая забрюшинное пространство |
| 553 | R93.6 | Отклонения от нормы, выявленные при получении диагностического изображения в ходе исследования конечностей |
| 554 | R93.7 | Отклонения от нормы, выявленные при получении диагностического изображения в ходе исследования других отделов костно-мышечной системы |
| 555 | R93.8 | Отклонения от нормы, выявленные при получении диагностического изображения в ходе исследования других уточненных структур |
| 556 | R94 | Отклонения от нормы, выявленные при проведении функциональных исследований |
| 557 | R94.1 | Отклонения от нормы, выявленные при проведении функциональных исследований периферической нервной системы и органов чувств |
| 558 | R94.2 | Отклонения от нормы, выявленные при проведении функциональных исследований легких |
| 559 | R94.3 | Отклонения от нормы, выявленные при проведении функциональных исследований сердечно-сосудистой системы |
| 560 | R94.4 | Отклонения от нормы, выявленные при исследовании функции почек |
| 561 | R94.5 | Отклонения от нормы, выявленные при исследовании функции печени |
| 562 | R94.6 | Отклонения от нормы, выявленные при исследовании функции щитовидной железы |
| 563 | R94.7 | Отклонения от нормы, выявленные при исследовании функции других эндокринных желез |
| 564 | R94.8 | Отклонения от нормы, выявленные при функциональных исследованиях других органов и систем |
| 565 | R95 | Везапная смерть грудного ребенка |
| 566 | R96 | Другие виды внезапной смерти по неизвестной причине |

| | | |
|-----|-------|---|
| 567 | R98 | Смерть без свидетелей |
| 568 | R99 | Другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти |
| 569 | W50 | Удар, толчок, пинок, выкручивание, укус или оцарапывание другим лицом |
| 570 | W50.8 | Удар, толчок, пинок, выкручивание, укус или оцарапывание другим лицом, другие уточненные места |
| 571 | W53 | Укус крысы |
| 572 | W53.0 | Укус крысы, дом |
| 573 | W54 | Укус или удар, нанесенный собакой |
| 574 | W54.0 | Укус или удар, нанесенный собакой, дом |
| 575 | W55 | Укус или удар, нанесенный другими млекопитающими |
| 576 | W55.0 | Укус или удар, нанесенный другими млекопитающими, дом |
| 577 | W57 | Укус или ужаление неядовитым насекомым и другими неядовитыми членистоногими |
| 578 | W57.0 | Укус или ужаление неядовитым насекомым и другими неядовитыми членистоногими, дом |
| 579 | W73 | Другие уточненные случаи утопления и погружения в воду |
| 580 | W73.8 | Другие уточненные случаи утопления и погружения в воду, другие уточненные места |
| 581 | W75 | Случайное удушение и удушение в кровати |
| 582 | W75.0 | Случайное удушение и удушение в кровати, дом |
| 583 | W76 | Другие случайные повешения и удушения |
| 584 | W76.0 | Другие случайные повешения и удушения, дом |
| 585 | W76.1 | Другие случайные повешения и удушения в специальном учреждении |
| 586 | W83 | Другая уточненная угроза дыханию |
| 587 | W83.0 | Другая уточненная угроза дыханию, дом |
| 588 | X70.0 | Преднамеренное самоповреждение путем повешения, удушения и удушения дома |
| 589 | Y12.0 | Отравление и воздействие наркотиками и психодислептиками [галлюциногенами], не классифицированное в других рубриках, с неопределенными намерениями, дом |
| 590 | Y20.0 | Повешение, удушение и удушение с неопределенными намерениями, дом |
| 591 | Z00 | Общий осмотр и обследование лиц, не имеющих жалоб или установленного диагноза |
| 592 | Z00.0 | Общий медицинский осмотр |
| 593 | Z00.1 | Рутинное обследование состояния здоровья ребенка |
| 594 | Z00.3 | Обследование с целью оценки состояния развития подростка |
| 595 | Z00.8 | Другие общие осмотры |
| 596 | Z01 | Другие специальные осмотры и обследования лиц, не имеющих жалоб или установленного диагноза |
| 597 | Z01.8 | Другое уточненное специальное обследование |
| 598 | Z02 | Обследование и обращение в административных целях |
| 599 | Z03 | Медицинское наблюдение и оценка при подозрении на заболевание или патологическое состояние |
| 600 | Z03.4 | Наблюдение при подозрении на инфаркт миокарда |
| 601 | Z03.5 | Наблюдение при подозрении на другую болезнь сердечно-сосудистой системы |

| | | |
|-----|-------|---|
| 602 | Z03.8 | Наблюдение при подозрении на другие болезни или состояния |
| 603 | Z03.9 | Наблюдение при подозрении на заболевание или состояние неуточненное |
| 604 | Z04 | Обследование и наблюдение с другими целями |
| 605 | Z04.8 | Обследование и наблюдение по другим уточненным поводам |
| 606 | Z08 | Последующее обследование после лечения злокачественного новообразования |
| 607 | Z09 | Последующее обследование после лечения состояний, не относящихся к злокачественным новообразованиям |
| 608 | Z10 | Рутинная общая проверка здоровья определенных подгрупп населения |
| 609 | Z10.2 | Рутинная общая проверка здоровья персонала вооруженных сил |
| 610 | Z11 | Специальное скрининговое обследование с целью выявления инфекционных и паразитарных болезней |
| 611 | Z12 | Специальное скрининговое обследование с целью выявления злокачественных новообразований |
| 612 | Z13 | Специальное скрининговое обследование с целью выявления других болезней и нарушений |
| 613 | Z13.4 | Специальное скрининговое обследование с целью выявления отклонений от нормального развития в детстве |
| 614 | Z20 | Контакт с больным и возможность заражения инфекционными болезнями |
| 615 | Z20.2 | Контакт с больным и возможность заражения инфекционной болезнью, передаваемой преимущественно половым путем |
| 616 | Z20.6 | Контакт с больным или возможность заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) |
| 617 | Z21 | Бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) |
| 618 | Z22 | Носительство возбудителя инфекционной болезни |
| 619 | Z23 | Необходимость иммунизации против одной бактериальной болезни |
| 620 | Z24 | Необходимость иммунизации против одной определенной вирусной болезни |
| 621 | Z24.2 | Необходимость иммунизации против бешенства |
| 622 | Z25 | Необходимость иммунизации против одной из других вирусных болезней |
| 623 | Z26 | Необходимость иммунизации против одной из других инфекционных болезней |
| 624 | Z27 | Необходимость иммунизации против комбинации инфекционных болезней |
| 625 | Z28 | Непроведенная иммунизация |
| 626 | Z29 | Необходимость других профилактических мер |
| 627 | Z29.1 | Профилактическая иммунотерапия |
| 628 | Z29.8 | Другие уточненные профилактические меры |
| 629 | Z30 | Наблюдение за применением противозачаточных средств |
| 630 | Z30.3 | Вызывание менструаций |
| 631 | Z30.8 | Другой вид наблюдения за применением контрацепции |
| 632 | Z31 | Восстановление и сохранение детородной функции |
| 633 | Z31.3 | Другие методы, способствующие оплодотворению |
| 634 | Z31.6 | Общее консультирование и советы по восстановлению и сохранению детородной функции |
| 635 | Z31.8 | Другие меры по восстановлению и сохранению детородной функции |
| 636 | Z32 | Обследование и тесты для установления беременности |

| | | |
|-----|-------|--|
| 637 | Z32.0 | Беременность, (еще) не подтвержденная |
| 638 | Z33 | Состояние, свойственное беременности |
| 639 | Z34 | Наблюдение за течением нормальной беременности |
| 640 | Z34.0 | Наблюдение за течением нормальной первой беременности |
| 641 | Z35 | Наблюдение за течением беременности у женщины, подвергающейся высокому риску |
| 642 | Z35.1 | Наблюдение за течением беременности у женщины с абортными выкидышами в анамнезе |
| 643 | Z35.2 | Наблюдение за течением беременности у женщины с другим отягощенным анамнезом, касающимся деторождения или акушерских проблем |
| 644 | Z35.3 | Наблюдение за течением беременности у женщины с недостаточной предродовой помощью в анамнезе |
| 645 | Z35.4 | Наблюдение за течением беременности у многорожавшей женщины |
| 646 | Z35.5 | Наблюдение за старой первородящей |
| 647 | Z36 | Дородовое обследование с целью выявления патологии у плода [антенатальный скрининг] |
| 648 | Z37 | Исход родов |
| 649 | Z37.1 | Один мертворожденный |
| 650 | Z38 | Живорожденные младенцы, согласно месту рождения |
| 651 | Z38.1 | Один ребенок, рожденный вне стационара |
| 652 | Z39 | Послеродовая помощь и обследование |
| 653 | Z39.0 | Помощь и обследование непосредственно после родов |
| 654 | Z39.1 | Помощь и обследование кормящей матери |
| 655 | Z40 | Профилактическое хирургическое вмешательство |
| 656 | Z41 | Процедуры, проводимые не с лечебными целями |
| 657 | Z42 | Последующая помощь с применением восстановительного хирургического вмешательства |
| 658 | Z43 | Уход за искусственным отверстием |
| 659 | Z44 | Примерка и подгонка наружного протезного устройства |
| 660 | Z45 | Установка и регулировка имплантированного устройства |
| 661 | Z46 | Примерка и подгонка других устройств |
| 662 | Z46.8 | Примерка и подгонка другого уточненного ортопедического устройства |
| 663 | Z47 | Другие виды последующей ортопедической помощи |
| 664 | Z47.0 | Удаление пластинки после сращения перелома и другого внутреннего фиксирующего устройства |
| 665 | Z47.9 | Последующая ортопедическая помощь неуточненная |
| 666 | Z48 | Другие виды последующей хирургической помощи |
| 667 | Z49 | Помощь, включающая диализ |
| 668 | Z50 | Помощь, включающая использование реабилитационных процедур |
| 669 | Z50.0 | Реабилитация при болезни сердца |
| 670 | Z51 | Другие виды медицинской помощи |
| 671 | Z52 | Доноры органов и тканей |
| | | |

| | | |
|-----|-------|---|
| 672 | Z53 | Обращения в учреждения здравоохранения в связи с невыполненными специфическими процедурами |
| 673 | Z54 | Состояние выздоровления |
| 674 | Z54.4 | Состояние выздоровления после лечения перелома |
| 675 | Z54.8 | Состояние выздоровления после другого лечения |
| 676 | Z55 | Проблемы, связанные с обучением и грамотностью |
| 677 | Z56 | Проблемы, связанные с работой и безработицей |
| 678 | Z57 | Воздействие производственных факторов риска |
| 679 | Z58 | Проблемы, связанные с физическими факторами окружающей среды |
| 680 | Z58.4 | Воздействие радиационного загрязнения |
| 681 | Z59 | Проблемы, связанные с обстоятельствами жилищного и экономического характера |
| 682 | Z60 | Проблемы, связанные с адаптацией к изменению образа жизни |
| 683 | Z61 | Проблемы, связанные с неблагоприятными жизненными событиями в детстве |
| 684 | Z62 | Другие проблемы, связанные с воспитанием ребенка |
| 685 | Z63 | Другие проблемы, связанные с близкими людьми, включая семейные обстоятельства |
| 686 | Z64 | Проблемы, связанные с определенными психосоциальными обстоятельствами |
| 687 | Z65 | Проблемы, связанные с другими психосоциальными обстоятельствами |
| 688 | Z70 | Консультации, касающиеся сексуальных отношений, поведения и ориентации |
| 689 | Z71 | Обращение в учреждения здравоохранения для получения других консультаций и медицинских советов, не классифицированные в других рубриках |
| 690 | Z72 | Проблемы, связанные с образом жизни |
| 691 | Z73 | Проблемы, связанные с трудностями поддержания нормального образа жизни |
| 692 | Z74 | Проблемы, связанные с зависимостью от лица, обеспечивающего помощь и уход |
| 693 | Z75 | Проблемы, связанные с медицинским обеспечением и другой медицинской помощью |
| 694 | Z75.2 | Другой период ожидания обследования и назначения лечения |
| 695 | Z76 | Обращения в учреждения здравоохранения в связи с другими обстоятельствами |
| 696 | Z76.8 | Лица, обращающиеся в службы здравоохранения в других уточненных обстоятельствах |
| 697 | Z80 | В семейном анамнезе злокачественное новообразование |
| 698 | Z80.7 | В семейном анамнезе другие новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей |
| 699 | Z81 | В семейном анамнезе психические расстройства и расстройства поведения |
| 700 | Z81.1 | В семейном анамнезе алкогольная зависимость |
| 701 | Z82 | В семейном анамнезе некоторые болезни, снижающие трудоспособность, хронические болезни, ведущие к инвалидности |
| 702 | Z82.3 | В семейном анамнезе инсульт |
| 703 | Z83 | В семейном анамнезе другие специфические нарушения |
| 704 | Z84 | В семейном анамнезе другие патологические состояния |
| 705 | Z85 | В личном анамнезе злокачественное новообразование |
| 706 | Z86 | В личном анамнезе некоторые другие болезни |
| | | |

| | | |
|-----|-------|---|
| 707 | Z86.0 | В личном анамнезе другие новообразования |
| 708 | Z86.1 | В личном анамнезе инфекционные и паразитарные болезни |
| 709 | Z86.2 | В личном анамнезе болезни крови и кроветворных органов и некоторые нарушения, вовлекающие иммунный механизм |
| 710 | Z86.3 | В личном анамнезе болезни эндокринной системы, нарушения питания и обмена веществ |
| 711 | Z86.6 | В личном анамнезе болезни нервной системы и органов чувств |
| 712 | Z87 | В личном анамнезе другие болезни и патологические состояния |
| 713 | Z87.0 | В личном анамнезе болезни органов дыхания |
| 714 | Z87.1 | В личном анамнезе болезни органов пищеварения |
| 715 | Z87.3 | В личном анамнезе болезни костно-мышечной и соединительной ткани |
| 716 | Z87.5 | В личном анамнезе осложнения беременности, родов и послеродового периода |
| 717 | Z87.6 | В личном анамнезе некоторые состояния, возникшие в перинатальный период |
| 718 | Z87.7 | В личном анамнезе врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения |
| 719 | Z87.8 | В личном анамнезе другие уточненные состояния |
| 720 | Z88 | В личном анамнезе аллергия к лекарственным средствам, медикаментам и биологическим веществам |
| 721 | Z88.8 | В личном анамнезе аллергия к другим лекарственным средствам, медикаментам и биологическим веществам |
| 722 | Z89 | Приобретенное отсутствие конечности |
| 723 | Z90 | Приобретенное отсутствие органов, не классифицированное в других рубриках |
| 724 | Z91 | В личном анамнезе наличие факторов риска, не классифицированных в других рубриках |
| 725 | Z92 | В личном анамнезе лечение |
| 726 | Z92.2 | В личном анамнезе длительное (текущее) применение других медикаментозных средств |
| 727 | Z93 | Состояние, связанное с наличием искусственного отверстия |
| 728 | Z93.2 | Наличие илеостомы |
| 729 | Z94 | Наличие трансплантированных органов и тканей |
| 730 | Z95 | Наличие сердечных и сосудистых имплантатов и трансплантатов |
| 731 | Z95.0 | Наличие искусственного водителя сердечного ритма |
| 732 | Z95.1 | Наличие аортокоронарного шунтового трансплантата |
| 733 | Z95.2 | Наличие протеза сердечного клапана |
| 734 | Z95.3 | Наличие ксеногенного сердечного клапана |
| 735 | Z95.4 | Наличие другого заменителя сердечного клапана |
| 736 | Z95.5 | Наличие коронарного ангиопластического имплантата и трансплантата |
| 737 | Z95.8 | Наличие других сердечных и сосудистых имплантатов и трансплантатов |
| 738 | Z95.9 | Наличие сердечного и сосудистого имплантата и трансплантата неуточненных |
| 739 | Z96 | Наличие других функциональных имплантатов |
| 740 | Z96.6 | Наличие ортопедических имплантатов суставов |
| 741 | Z96.7 | Наличие имплантатов других костей и сухожил |
| 742 | Z96.8 | Наличие другого уточненного функционального имплантата |
| 743 | Z97 | Наличие других устройств |

| | | |
|-----|-------|---|
| 744 | Z97.5 | Наличие (внутриматочного) контрацептивного средства |
| 745 | Z97.8 | Наличие другого уточненного устройства |
| 746 | Z98 | Другие послехирургические состояния |
| 747 | Z99 | Зависимость от поддерживающих жизнедеятельность механизмов и устройств, не классифицированных в других рубриках |
| 748 | Z99.1 | Зависимость от респиратора |

Приложение 61
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств

Перечень случаев, подлежащих оплате за фактически

понесенные расходы

| № | Код | Наименование |
|---|--------|--|
| 1 | 2 | 3 |
| | | Лечение (ВСМП) |
| 1 | 35.991 | Клипирование митрального отверстия |
| 2 | 41.94 | Трансплантация селезенки |
| 3 | 78.05 | Трансплантация бедренной кости |
| 4 | 78.07 | Трансплантация большеберцовой и малоберцовой кости |

Перечень случаев, подлежащих оплате по стоимости КЗГ с

дополнительным возмещением затрат

| № | Код | Наименование |
|--|---------|--|
| 1 | 2 | 3 |
| Перечень операций, подлежащих оплате по стоимости КЗГ, с дополнительным возмещением затрат | | |
| 1 | 03.7993 | Имплантация нейростимулятора головного мозга с применением стереотаксической системы |
| 2 | 35.05 | Эндоваскулярная замена аортального клапана |
| 3 | 36.11 | Аортокоронарное шунтирование одной коронарной артерии** |
| 4 | 36.12 | Аортокоронарное шунтирование двух коронарных артерий** |
| 5 | 36.13 | Аортокоронарное шунтирование трех коронарных артерий** |
| 6 | 36.14 | Аортокоронарное шунтирование четырех или более коронарных артерий** |
| 7 | 81.9610 | Замена сустава и/или кости при опухоли костей |
| 8 | 80.267 | Артроскопические операции при гемофилии |
| 9 | 80.865 | Прочее местное иссечение деструкции и повреждения сустава при гемофилии |
| 10 | 81.515 | Полная замена бедренной кости при гемофилии |

| | | |
|---|-------------|--|
| 11 | 81.516 | Полная замена тазобедренного сустава при гемофилии |
| 12 | 81.526 | Частичная замена тазобедренного сустава при гемофилии |
| 13 | 81.545 | Полная замена колена при гемофилии |
| 14 | 83.755 | Перемещение или трансплантация сухожилия при гемофилии |
| Перечень услуг/манипуляций, подлежащих оплате по стоимости КЗГ основного диагноза с дополнительным возмещением затрат | | |
| 15 | 39.65 | Экстракорпоральная мембранная оксигенация |
| 16 | 39.7916 | Внутриартериальная химиоэмболизация печени (TACE) |
| 17 | 39.7949 | Химиоэмболизация печеночных артерий при гепатоцеллюлярной карциноме |
| 18 | 92.231 | Конформная лучевая терапия |
| 19 | 99.25 | Полихимиотерапия (онкология) |
| 20 | 99.2900 | Лечение рефрактерных форм идиопатической тромбоцитопенической пурпуры иммуноглобулинами и моноклональными антителами |
| 21 | 99.2901 | Комбинированная иммуно-супрессивная терапия апластической анемии у детей |
| 22 | 99.2902 | Высокодозная химиотерапия гистицитоза из клеток Лангерганса (LCH - III) |
| 23 | 99.2903 | Высокодозная химиотерапия острых лейкозов (ALL-BFM, AML-BFM) |
| 24 | 99.0601 | Введение наследственного фактора VIII при его дефиците |
| 25 | 99.0602 | Введение наследственного фактора IX при его дефиците |
| 26 | В06.573.008 | Имунофенотипирование "панель для миеломной болезни" в крови методом проточной цитофлуориметрии |
| 27 | В06.574.008 | Имунофенотипирование "панель для острых лейкозов" в крови методом проточной цитофлуориметрии |
| 28 | В06.576.008 | Имунофенотипирование "панель для хронических лейкозов/ лимфопролиферативных заболеваний" в крови методом проточной цитофлуориметрии |
| 29 | В09.766.016 | Молекулярно-цитогенетическое исследование с использованием ДНК-зондов (ФИШ-метод) клеток костного мозга (1 зонд) |
| 30 | В09.767.016 | Молекулярно-цитогенетическое исследование с использованием ДНК-зондов (ФИШ-метод) лимфоцитов периферической крови (1 зонд) |
| 31 | В09.769.016 | Молекулярно-цитогенетическое исследование с использованием ДНК-зондов (ФИШ-метод) цитологических препаратов, гистологических срезов (1 зонд) |
| 32 | В09.800.017 | Проведение HLA-типирования крови 2 класса молекулярно-генетический методом |
| 33 | В09.799.017 | Проведение HLA-типирования крови 1 класса молекулярно-генетический методом |
| 34 | D92.320.024 | Дистанционная лучевая терапия |
| 35 | D92.320.025 | Дистанционная лучевая терапия, РОД Гр |
| 36 | D92.201.029 | Внутриполостная гамматерапия (при раке шейки матки и прямой кишки), РОД 5Гр |
| 37 | D92.060.023 | Предлучевая топометрическая подготовка - центрация |
| 38 | В06.660.011 | Исследование блок-препарата опухолевой ткани иммуногистохимическим методом с использованием 1-4 маркеров |
| | | |

| | | |
|----|-------------|---|
| 39 | V06.670.011 | Исследование блок-препарата опухолевой ткани иммуногистохимическим методом с использованием 5-10 маркеров |
| 40 | V06.671.011 | Исследование блок-препарата опухолевой ткани иммуногистохимическим методом с использованием более 10 маркеров |
| 41 | V06.667.011 | Исследование чувствительности опухолевых клеток к заместительной терапии иммуногистохимическим методом |
| 42 | V06.668.011 | Исследование чувствительности опухолевых клеток к химиопрепаратам иммуногистохимическим методом |
| 43 | V06.669.011 | Исследование на лимфопролиферативные заболевания иммуногистохимическим методом (стандарт-панель) |
| 44 | V06.673.011 | Исследование лимфопролиферативных заболеваний иммуногистохимическим методом (расширенная панель) |
| 45 | C04.010.009 | Однофотонная эмиссионная компьютерная томография перфузионная статическая головного мозга (3 проекции) |
| 46 | C04.011.009 | Однофотонная эмиссионная компьютерная томография перфузионная динамическая головного мозга |
| 47 | C04.001.009 | Однофотонная эмиссионная компьютерная томография статическая миокарда (3 проекции) |
| 48 | C04.002.009 | Однофотонная эмиссионная компьютерная томография статическая скелета (1 проекция) |
| 49 | C04.003.009 | Однофотонная эмиссионная компьютерная томография динамическая скелета (1 проекция) |
| 50 | C04.004.009 | Однофотонная эмиссионная компьютерная томография статическая скелета - каждая последующая проекция |
| 51 | C04.013.009 | Однофотонная эмиссионная компьютерная томография (сцинтиграфия динамическая гепатобилиарной системы) |
| 52 | C04.014.009 | Однофотонная эмиссионная компьютерная томография (сцинтиграфия динамическая почек) |
| 53 | C04.006.009 | Однофотонная эмиссионная компьютерная томография статическая щитовидной железы |
| 54 | C04.012.009 | Однофотонная эмиссионная компьютерная томография (сцинтиграфия динамическая сердца) |
| 55 | C04.001.010 | Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) + компьютерная томография одной анатомической зоны |
| 56 | C04.002.010 | Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) + компьютерная томография всего тела |
| 57 | V08.851.021 | Исследование биопсийного материала методом иммунофлуоресцентной микроскопии |
| 58 | V08.851.022 | Исследование гистологического/цитологического материала методом электронной микроскопии |
| 59 | V09.801.019 | Диагностика орфанных заболеваний в крови методом масс-спектрометрии |
| 60 | V09.802.019 | Лекарственный мониторинг орфанных заболеваний методом масс-спектрометрии |
| 61 | D39.955.703 | Гемодиализ в условиях круглосуточного стационара |
| 62 | D50.920.035 | Альбуминовый диализ на аппарате искусственная печень - MARS (экстракорпоральное печеночное пособие) |
| 63 | D54.980.704 | Имплантирование перитонеального катетера у взрослых |

| | | |
|---|-------------|---|
| 64 | D54.980.705 | Импантация перитонеального катетера у детей |
| 65 | D54.981.705 | Перитонеальный диализ с ДИАНИЛ ПД4 ручной |
| 66 | D54.982.706 | Перитонеальный диализ с ФИЗИОНИЛ 40 ручной |
| 67 | D54.983.707 | Перитонеальный диализ с ФИЗИОНИЛ 40 +ЭКСТРАНИЛ 7,5%-2л ручной |
| 68 | D54.984.708 | Перитонеальный диализ с ДИАНИЛ ПД4 + ЭКСТРАНИЛ 7,5%-2л ручной |
| 69 | D54.985.709 | Автоматизированный перитонеальный диализ с ФИЗИОНИЛ 40-2л+ДИАНИЛ-5л для стационара |
| 70 | D54.986.710 | Автоматизированный перитонеальный диализ с ДИАНИЛ 7л для стационара |
| 71 | D54.987.711 | Автоматизированный перитонеальный диализ с ДИАНИЛ 12 л для стационара |
| 72 | D54.988.712 | Автоматизированный перитонеальный диализ с ДИАНИЛ 15л для стационара |
| Перечень основных кодов заболеваний по МКБ 10, при которых проводится оплата по стоимости КЗГ с дополнительным возмещением затрат | | |
| Ишемические инсульты с применением тромболитических препаратов | | |
| 73 | I63.0 | Инфаркт мозга, вызванный тромбозом прецеребральных артерий |
| 74 | I63.1 | Инфаркт мозга, вызванный эмболией прецеребральных артерий |
| 75 | I63.2 | Инфаркт мозга, вызванный неуточненной закупоркой или стенозом прецеребральных артерий |
| 76 | I63.3 | Инфаркт мозга, вызванный тромбозом мозговых артерий |
| 77 | I63.4 | Инфаркт мозга, вызванный эмболией мозговых артерий |
| 78 | I63.5 | Инфаркт мозга, вызванный неуточненной закупоркой или стенозом мозговых артерий |
| 79 | I63.6 | Инфаркт мозга, вызванный тромбозом вен мозга, непиогенный |
| 80 | I63.8 | Другой инфаркт мозга |
| 81 | I63.9 | Инфаркт мозга неуточненный |
| Острый инфаркт миокарда с подъемом ST с применением тромболитических препаратов | | |
| 82 | I21.0 | Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда |
| 83 | I21.1 | Острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда |
| 84 | I21.2 | Острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций |
| 85 | I21.3 | Острый трансмуральный инфаркт миокарда неуточненной локализации |
| 86 | I21.9 | Острый инфаркт миокарда неуточненный |
| 87 | I22.0 | Повторный инфаркт передней стенки миокарда |
| 88 | I22.1 | Повторный инфаркт нижней стенки миокарда |
| 89 | I22.8 | Повторный инфаркт миокарда другой уточненной локализации |
| 90 | I22.9 | Повторный инфаркт миокарда неуточненной локализации |
| Тромбоэмболия ветвей легочной артерии с применением тромболитических препаратов | | |
| 91 | I26.0 | Легочная эмболия с упоминанием об остром легочном сердце |
| 92 | I26.9 | Легочная эмболия без упоминания об остром легочном сердце |
| Болезни новорожденных | | |
| 93 | P10.0 | Субдуральное кровоизлияние при родовой травме |
| 94 | P10.1 | Кровоизлияние в мозг при родовой травме |

| | | |
|-----|-------|---|
| 95 | P10.2 | Кровоизлияние в желудочек мозга при родовой травме |
| 96 | P10.3 | Субарахноидальное кровоизлияние при родовой травме |
| 97 | P10.4 | Разрыв мозжечкового налета при родовой травме |
| 98 | P10.8 | Другие внутричерепные разрывы и кровоизлияния при родовой травме |
| 99 | P10.9 | Внутричерепные разрывы и кровоизлияние при родовой травме неуточненные |
| 100 | P11.0 | Отек мозга при родовой травме |
| 101 | P11.5 | Повреждение позвоночника и спинного мозга при родовой травме |
| 102 | P11.9 | Поражение центральной нервной системы при родовой травме неуточненное |
| 103 | P13.1 | Другие повреждения черепа при родовой травме |
| 104 | P14.2 | Паралич диафрагмального нерва при родовой травме |
| 105 | P15.0 | Повреждение печени при родовой травме |
| 106 | P15.1 | Повреждение селезенки при родовой травме |
| 107 | P21.0 | Тяжелая асфиксия при рождении |
| 108 | P22.0 | Синдром дыхательного расстройства у новорожденного |
| 109 | P22.8 | Другие дыхательные расстройства у новорожденного |
| 110 | P23.0 | Вирусная врожденная пневмония |
| 111 | P23.1 | Врожденная пневмония, вызванная хламидиями |
| 112 | P23.2 | Врожденная пневмония, вызванная стафилококком |
| 113 | P23.3 | Врожденная пневмония, стрептококком группы В |
| 114 | P23.4 | Врожденная пневмония, вызванная кишечной палочкой [<i>Escherichia coli</i>] |
| 115 | P23.5 | Врожденная пневмония, вызванная <i>Pseudomonas</i> |
| 116 | P23.6 | Врожденная пневмония, вызванная другими бактериальными агентами |
| 117 | P23.8 | Врожденная пневмония, вызванная другими возбудителями |
| 118 | P23.9 | Врожденная пневмония неуточненная |
| 119 | P24.0 | Неонатальная аспирация мекония |
| 120 | P25.0 | Интерстициальная эмфизема, возникшая в перинатальном периоде |
| 121 | P25.1 | Пневмоторакс, возникший в перинатальном периоде |
| 122 | P25.2 | Пневмомедиастинум, возникший в перинатальном периоде |
| 123 | P25.3 | Пневмоперикард, возникший в перинатальном периоде |
| 124 | P26.0 | Трахеобронхиальное кровотечение, возникшее в перинатальном периоде |
| 125 | P26.1 | Массивное легочное кровотечение, возникшее в перинатальном периоде |
| 126 | P26.8 | Другие легочные кровотечения, возникшие в перинатальном периоде |
| 127 | P26.9 | Легочные кровотечения, возникшие в перинатальном периоде неуточненные |
| 128 | P27.1 | Бронхолегочная дисплазия, возникшая в перинатальном периоде |
| 129 | P28.0 | Первичный ателектаз у новорожденного |
| 130 | P28.4 | Другие типы апноэ у новорожденного |
| 131 | P28.5 | Дыхательная недостаточность у новорожденного |
| 132 | P35.0 | Синдром врожденной краснухи |
| 133 | P35.1 | Врожденная цитомегаловирусная инфекция |

| | | |
|-----|-------|---|
| 134 | P35.2 | Врожденная инфекция, вызванная вирусом простого герпеса [herpes simplex] |
| 135 | P36.0 | Сепсис новорожденного, обусловленный стрептококком группы В |
| 136 | P36.1 | Сепсис новорожденного, обусловленный другими и неуточненными стрептококками |
| 137 | P36.2 | Сепсис новорожденного, обусловленный золотистым стафилококком [Staphylococcus aureus] |
| 138 | P36.3 | Сепсис новорожденного, обусловленный другими и неуточненными стафилококками |
| 139 | P36.4 | Сепсис новорожденного, обусловленный кишечной палочкой [Escherichia coli] |
| 140 | P36.5 | Сепсис новорожденного, обусловленный анаэробными микроорганизмами |
| 141 | P36.8 | Сепсис новорожденного, обусловленный другими бактериальными агентами |
| 142 | P36.9 | Бактериальный сепсис новорожденного неуточненный |
| 143 | P37.2 | Неонатальный (диссеминированный) листериоз |
| 144 | P52.2 | Внутрижелудочковое (нетравматическое) кровоизлияние 3-й степени у плода и новорожденного |
| 145 | P52.3 | Неуточненное внутрижелудочковое (нетравматическое) кровоизлияние у плода и новорожденного |
| 146 | P52.4 | Кровоизлияние в мозг (нетравматическое) у плода и новорожденного |
| 147 | P52.5 | Субарахноидальное (нетравматическое) кровоизлияние у плода и новорожденного |
| 148 | P52.6 | Кровоизлияние в мозжечок и заднюю черепную ямку (нетравматическое) у плода и новорожденного |
| 149 | P52.8 | Другие внутричерепные (нетравматические) кровоизлияния у плода и новорожденного |
| 150 | P52.9 | Внутричерепное (нетравматическое) кровоизлияние у плода и новорожденного неуточненное |
| 151 | P57.0 | Ядерная желтуха, обусловленная изоиммунизацией |
| 152 | P57.8 | Другие уточненные формы ядерной желтухи |
| 153 | P57.9 | Ядерная желтуха неуточненная |
| 154 | P60 | Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови у плода и новорожденного |
| 155 | P77 | Некротизирующий энтероколит у плода и новорожденного |
| 156 | P78.0 | Перфорация кишечника в перинатальном периоде |
| 157 | P78.1 | Другие формы неонатального перитонита |
| 158 | P90 | Судороги новорожденного |
| 159 | P91.0 | Ишемия мозга |
| 160 | P91.2 | Церебральная лейкомаляция у новорожденного |
| 161 | P91.3 | Церебральная возбудимость новорожденного |
| 162 | P91.4 | Церебральная депрессия у новорожденного |
| 163 | P91.5 | Неонатальная кома |
| 164 | P91.8 | Другие уточненные нарушения со стороны мозга у новорожденного |
| 165 | P91.9 | Нарушение со стороны мозга у новорожденного неуточненное |

| | | |
|-----|-------|--|
| 166 | P94.0 | Преходящая тяжелая миастения новорожденного |
| | | Болезни, связанные с беременностью, родами, послеродовым периодом |
| 167 | 014.1 | Тяжелая преэклампсия |
| 168 | 015.0 | Эклампсия во время беременности |
| 169 | 015.2 | Эклампсия в послеродовом периоде |
| 170 | 026.6 | Поражения печени во время беременности, родов и в послеродовом периоде |
| 171 | 044.1 | Предлежание плаценты с кровотечением |
| 172 | 045.0 | Преждевременная отслойка плаценты с нарушением свертываемости крови |
| 173 | 046.0 | Дородовое кровотечение с нарушением свертываемости |
| 174 | 067.0 | Кровотечение во время родов с нарушением свертываемости крови |
| 175 | 071.0 | Разрыв матки до начала родов |
| 176 | 072.0 | Кровотечение в третьем периоде родов |
| 177 | 072.1 | Другие кровотечения в раннем послеродовом периоде |
| 178 | 072.2 | Позднее или вторичное послеродовое кровотечение |
| 179 | 085 | Послеродовой сепсис |
| 180 | 088.0 | Акушерская воздушная эмболия |
| 181 | 088.1 | Эмболия амниотической жидкостью |
| 182 | 088.2 | Акушерская эмболия сгустками крови |
| 183 | 088.8 | Другая акушерская эмболия |
| 184 | 098.4 | Вирусный гепатит, осложняющий беременность, деторождение или послеродовой период |
| | | Циррозы и фиброзы печени |
| 185 | K70.2 | Алкогольный фиброз и склероз печени |
| 186 | K70.3 | Алкогольный цирроз печени |
| 187 | K71.7 | Токсическое поражение печени с фиброзом и циррозом печени |
| 188 | K74.0 | Фиброз печени |
| 189 | K74.1 | Склероз печени |
| 190 | K74.2 | Фиброз печени в сочетании со склерозом печени |
| 191 | K74.3 | Первичный билиарный цирроз |
| 192 | K74.4 | Вторичный билиарный цирроз |
| 193 | K74.5 | Билиарный цирроз неуточненный |
| 194 | K74.6 | Другой и неуточненный цирроз печени |

**Примечание: для случаев с одновременным проведением операций

аортокоронарного шунтирования и протезирования сердечных клапанов

Приложение 62
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств

Перечень республиканских медицинских организаций, оказывающих

специализированную медицинскую помощь в форме стационарной помощи

за один койко-день, за пролеченный случай по расчетной средней

стоимости и по медико-экономическим тарифам

| № | Наименование медицинской организации |
|--|---|
| За один койко-день | |
| 1 | РГКП "Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании" г. Павлодар |
| 2 | РГКП "Национальный центр проблем туберкулеза" г. Алматы |
| За пролеченный случай по расчетной средней стоимости | |
| 1 | РГКП "Республиканский клинический госпиталь для инвалидов Великой Отечественной войны", г. Алматы |
| 2 | РГКП "Центральный клинический госпиталь для инвалидов Великой Отечественной войны", г. Астана |
| 3 | РГКП "Республиканский центр реабилитации "Бурабай" Тариф за один пролеченный случай взрослого больного Тариф за один пролеченный случай ребенка (до 18 лет) |
| 4 | АО "Республиканский детский реабилитационный центр г. Астана" |
| 5 | РГКП "Республиканский детский реабилитационный центр "Балбулак" Тариф за один пролеченный случай Тариф на одно сопровождающее лицо (кормящая мать ребенка до одного года жизни) Тариф на одно сопровождающее лицо (мать (отец) или иное лицо, непосредственно осуществляющее уход за ребенком в возрасте до трех лет, а также за тяжело больным ребенком старшего возраста, нуждающегося по заключению врачей в дополнительном уходе) |
| 6 | РГКП "Детский клинический санаторий "Алатау" г. Алматы |
| 7 | РГП на ПХВ "Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии" г. Алматы |
| 8 | Кызылординский филиал АО "Республиканский детский реабилитационный центр" |
| По медико-экономическим тарифам | |
| 1 | РГКП "Национальный центр педиатрии и детской хирургии" |
| 2 | АО "Национальный научный центр материнства и детства" |

Приложение 63
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств

Перечень

диагнозов (патологии) МКБ-10 по родовспоможению, подлежащих

оплате по стоимости КЗГ с возмещением фактических затрат на

лекарственные средства и ИМН

| № | код | Название |
|----|-------|--|
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | 014.1 | Тяжелая преэклампсия |
| 2 | 015.0 | Эклампсия во время беременности |
| 3 | 015.2 | Эклампсия в послеродовом периоде |
| 4 | 026.6 | Поражения печени во время беременности, родов и в послеродовом периоде |
| 5 | 044 | Предлежание плаценты |
| 6 | 044.1 | Предлежание плаценты с кровотечением |
| 7 | 045.0 | Преждевременная отслойка плаценты с нарушением свертываемости крови |
| 8 | 046.0 | Дородовое кровотечение с нарушением свертываемости |
| 9 | 067.0 | Кровотечение во время родов с нарушением свертываемости крови |
| 10 | 071.0 | Разрыв матки до начала родов |
| 11 | 072.0 | Кровотечение в третьем периоде беременности |
| 12 | 072.1 | Другие кровотечения в раннем послеродовом периоде |
| 13 | 072.2 | Позднее или вторичное послеродовое кровотечение |
| 14 | 085 | Послеродовой сепсис |
| 15 | 088 | Акушерская эмболия |
| 16 | 098.4 | Вирусный гепатит, осложняющий беременность, деторождение или послеродовой период |

Приложение 64
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств

Перечень

диагнозов (патологии) МКБ-10 по перинатологии, подлежащих

оплате по стоимости КЗГ с возмещением фактических затрат на

лекарственные средства и ИМН

| № | Код | Название |
|---|-------|---|
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | P10.0 | Субдуральное кровоизлияние при родовой травме |
| 2 | P10.1 | Кровоизлияние в мозг при родовой травме |

| | | |
|----|-------|--|
| 3 | P10.2 | Кровоизлияние в желудочек мозга при родовой травме |
| 4 | P10.3 | Субарахноидальное кровоизлияние при родовой травме |
| 5 | P10.4 | Разрыв мозжечкового налета при родовой травме |
| 6 | P10.8 | Другие внутричерепные разрывы и кровоизлияния при родовой травме |
| 7 | P10.9 | Внутричерепные разрывы и кровоизлияние при родовой травме неуточненные |
| 8 | P11.0 | Отек мозга при родовой травме |
| 9 | P11.5 | Повреждение позвоночника и спинного мозга при родовой травме |
| 10 | P11.9 | Поражение центральной нервной системы при родовой травме неуточненное |
| 11 | P13.1 | Другие повреждения черепа при родовой травме |
| 12 | P14.2 | Паралич диафрагмального нерва при родовой травме |
| 13 | P15.0 | Повреждение печени при родовой травме |
| 14 | P15.1 | Повреждение селезенки при родовой травме |
| 15 | P21.0 | Тяжелая асфиксия при рождении |
| 16 | P22.0 | Синдром дыхательного расстройства у новорожденного |
| 17 | P22.8 | Другие дыхательные расстройства у новорожденного |
| 18 | P23.0 | Вирусная врожденная пневмония |
| 19 | P23.1 | Врожденная пневмония, вызванная хламидиями |
| 20 | P23.2 | Врожденная пневмония, вызванная стафилококком |
| 21 | P23.3 | Врожденная пневмония, стрептококком группы В |
| 22 | P23.4 | Врожденная пневмония, вызванная кишечной палочкой [Escherichia coli] |
| 23 | P23.5 | Врожденная пневмония, вызванная Pseudomonas |
| 24 | P23.6 | Врожденная пневмония, вызванная другими бактериальными агентами |
| 25 | P23.8 | Врожденная пневмония, вызванная другими возбудителями |
| 26 | P23.9 | Врожденная пневмония неуточненная |
| 27 | P24.0 | Неонатальная аспирация мекония |
| 28 | P25.0 | Интерстициальная эмфизема, возникшая в перинатальном периоде |
| 29 | P25.1 | Пневмоторакс, возникший в перинатальном периоде |
| 30 | P25.2 | Пневмомедиастинум, возникший в перинатальном периоде |
| 31 | P25.3 | Пневмоперикард, возникший в перинатальном периоде |
| 32 | P26.0 | Трахеобронхиальное кровотечение, возникшее в перинатальном периоде |
| 33 | P26.1 | Массивное легочное кровотечение, возникшее в перинатальном периоде |
| 34 | P26.8 | Другие легочные кровотечения, возникшие в перинатальном периоде |
| 35 | P26.9 | Легочные кровотечения, возникшие в перинатальном периоде неуточненные |
| 36 | P27.1 | Бронхолегочная дисплазия, возникшая в перинатальном периоде |
| 37 | P28.0 | Первичный ателектаз у новорожденного |
| 38 | P28.4 | Другие типы апноэ у новорожденного |
| 39 | P28.5 | Дыхательная недостаточность у новорожденного |
| 40 | P29.3 | Стойкое фетальное кровообращение у новорожденного |
| 41 | P35.0 | Синдром врожденной краснухи |
| 42 | P35.1 | Врожденная цитомегаловирусная инфекция |
| 43 | P35.2 | Врожденная инфекция, вызванная вирусом простого герпеса [herpes simplex] |
| 44 | P36.0 | Сепсис новорожденного, обусловленный стрептококком группы В |

| | | |
|----|-------|---|
| 45 | P36.1 | Сепсис новорожденного, обусловленный другими и неуточненными стрептококками |
| 46 | P36.2 | Сепсис новорожденного, обусловленный золотистым стафилококком [Staphylococcus aureus] |
| 47 | P36.3 | Сепсис новорожденного, обусловленный другими и неуточненными стафилококками |
| 48 | P36.4 | Сепсис новорожденного, обусловленный кишечной палочкой [Escherichia coli] |
| 49 | P36.5 | Сепсис новорожденного, обусловленный анаэробными микроорганизмами |
| 50 | P36.8 | Сепсис новорожденного, обусловленный другими бактериальными агентами |
| 51 | P36.9 | Бактериальный сепсис новорожденного неуточненный |
| 52 | P37.2 | Неонатальный (диссеминированный) листериоз |
| 53 | P52.2 | Внутрижелудочковое (нетравматическое) кровоизлияние 3-й степени у плода и новорожденного |
| 54 | P52.3 | Неуточненное внутрижелудочковое (нетравматическое) кровоизлияние у плода и новорожденного |
| 55 | P52.4 | Кровоизлияние в мозг (нетравматическое) у плода и новорожденного |
| 56 | P52.5 | Субарахноидальное (нетравматическое) кровоизлияние у плода и новорожденного |
| 57 | P52.6 | Кровоизлияние в мозжечок и заднюю черепную ямку (нетравматическое) у плода и новорожденного |
| 58 | P52.8 | Другие внутричерепные (нетравматические) кровоизлияния у плода и новорожденного |
| 59 | P52.9 | Внутричерепное (нетравматическое) кровоизлияние у плода и новорожденного неуточненное |
| 60 | P57.0 | Ядерная желтуха, обусловленная изоиммунизацией |
| 61 | P57.8 | Другие уточненные формы ядерной желтухи |
| 62 | P57.9 | Ядерная желтуха неуточненная |
| 63 | P60 | Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови у плода и новорожденного |
| 64 | P77 | Некротизирующий энтероколит у плода и новорожденного |
| 65 | P78.0 | Перфорация кишечника в перинатальном периоде |
| 66 | P78.1 | Другие формы неонатального перитонита |
| 67 | P90 | Судороги новорожденного |
| 68 | P91.0 | Ишемия мозга |
| 69 | P91.2 | Церебральная лейкомаляция у новорожденного |
| 70 | P91.3 | Церебральная возбудимость новорожденного |
| 71 | P91.4 | Церебральная депрессия у новорожденного |
| 72 | P91.5 | Неонатальная кома |
| 73 | P91.8 | Другие уточненные нарушения со стороны мозга у новорожденного |
| 74 | P91.9 | Нарушение со стороны мозга у новорожденного неуточненное |
| 75 | P94.0 | Преходящая тяжелая миастения новорожденного |

Перечень болезней по МКБ-10, подлежащих оплате

по тарифу КЗГ при оказании услуг на уровне дневного стационара

медицинской организацией, оказывающей стационарную

медицинскую помощь в рамках ГОБМП

| №п/п | Коды МКБ-10 | Наименование |
|------|-------------|---|
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | J15.8 | Пневмония, вызванная другими уточненными инфекционными агентами |
| 2 | I20.8 | Другие формы стенокардии |
| 3 | O47.0 | Ложные схватки в период до 37 полных недель беременности |
| 4 | S06.0 | Сотрясение головного мозга |
| 5 | O20.0 | Угрожающий аборт |
| 6 | I11.0 | Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца с (застойной) сердечной недостаточностью |
| 7 | I11.9 | Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца без (застойной) сердечной недостаточности |
| 8 | K85 | Острый панкреатит |
| 9 | J44.8 | Другая уточненная хроническая обструктивная легочная болезнь |
| 10 | G45.8 | Другие транзиторные церебральные ишемические атаки и связанные с ними синдромы |
| 11 | N11.8 | Другие хронические тубулоинтерстициальные нефриты |
| 12 | E11.7 | Инсулиннезависимый сахарный диабет с множественными осложнениями |
| 13 | O47.1 | Ложные схватки начиная с 37 полных недель беременности |
| 14 | J18.8 | Другая пневмония, возбудитель не уточнен |
| 15 | O23.0 | Инфекции почек при беременности |
| 16 | N10 | Острый тубулоинтерстициальный нефрит |
| 17 | O13 | Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии |
| 18 | I67.8 | Другие уточненные поражения сосудов мозга |
| 19 | J45.8 | Смешанная астма |
| 20 | L50.0 | Аллергическая крапивница |
| 21 | O99.0 | Анемия, осложняющая беременность, деторождение и послеродовой период |
| 22 | O99.5 | Болезни органов дыхания, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период |
| 23 | G45.0 | Синдром вертебробазилярной артериальной системы |
| 24 | J45.0 | Астма с преобладанием аллергического компонента |
| 25 | J16.8 | Пневмония, вызванная другими уточненными инфекционными возбудителями |

| | | |
|----|-------|--|
| 26 | E10.7 | Инсулинзависимый сахарный диабет с множественными осложнениями |
| 27 | O12.0 | Вызванные беременностью отеки |
| 28 | J15.4 | Пневмония, вызванная другими стрептококками |
| 29 | I13.0 | Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца и почек с (застойной) сердечной недостаточностью |
| 30 | I25.8 | Другие формы хронической ишемической болезни сердца |
| 31 | N11.1 | Хронический обструктивный пиелонефрит |
| 32 | E05.0 | Тиреотоксикоз с диффузным зобом |
| 33 | K74.0 | Фиброз печени |
| 34 | O99.2 | Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период |
| 35 | E11.4 | Инсулиннезависимый сахарный диабет с неврологическими осложнениями |
| 36 | K74.2 | Фиброз печени в сочетании со склерозом печени |
| 37 | K81.0 | Острый холецистит |
| 38 | I42.0 | Дилатационная кардиомиопатия |
| 39 | G54.4 | Поражения пояснично-крестцовых корешков, не классифицированные в других рубриках |
| 40 | O99.4 | Болезни системы кровообращения, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период |
| 41 | M32.8 | Другие формы системной красной волчанки |
| 42 | N11.0 | Необструктивный хронический пиелонефрит, связанный с рефлюксом |
| 43 | O10.0 | Существовавшая ранее эссенциальная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период |
| 44 | I08.0 | Сочетанное поражение митрального и аортального клапанов |
| 45 | N15.8 | Другие уточненные тубулоинтерстициальные поражения почек |
| 46 | J15.9 | Бактериальная пневмония неуточненная |
| 47 | J13 | Пневмония, вызванная streptococcus pneumoniae |
| 48 | K74.6 | Другой и неуточненный цирроз печени |
| 49 | O99.6 | Болезни органов пищеварения, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период |
| 50 | J44.1 | Хроническая обструктивная легочная болезнь с обострением неуточненная |
| 51 | M08.0 | Юношеский ревматоидный артрит |
| 52 | G54.1 | Поражения пояснично-крестцового сплетения |
| 53 | M45 | Анкилозирующий спондилит |
| 54 | N03.0 | Хронический нефритический синдром, незначительные гломерулярные нарушения |
| 55 | I25.5 | Ишемическая кардиомиопатия |
| 56 | N04.0 | Нефротический синдром, незначительные гломерулярные нарушения |
| 57 | I13.9 | Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца и почек неуточненная |
| 58 | J47 | Бронхоэктатическая болезнь |
| 59 | K74.4 | Вторичный билиарный цирроз |
| 60 | I08.3 | Сочетанное поражение митрального, аортального и трехстворчатого клапанов |

Приложение 66
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств

Перечень операций и манипуляций по МКБ-9

для преимущественного лечения в дневном стационаре

| № | № КЗГ | Код МКБ 9 | Операция, манипуляция по МКБ 9 |
|----|-------|-----------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | 507 | | Интраокулярные операции, факоэмульсификация катаракты |
| 2 | 507 | 13.73 | Факоэмульсификация катаракты с имплантацией ИОЛ |
| 3 | 507 | 13.91 | Факоаспирация катаракты с имплантацией ИОЛ |
| 4 | 514 | | Операции на веке, слезных путях |
| 5 | 514 | 08.23 | Иссечение значительного пораженного участка века, не на всю толщину века |
| 6 | 514 | 08.24 | Иссечение значительного пораженного участка века, на всю толщину века |
| 7 | 514 | 08.41 | Коррекция энтропиона или эктропиона с использованием термокаутера |
| 8 | 514 | 08.42 | Коррекция энтропиона или эктропиона путем наложения шва |
| 9 | 514 | 08.62 | Реконструкция века с помощью лоскута или трансплантата слизистой оболочки |
| 10 | 514 | 08.64 | Реконструкция века с помощью тарзо-конъюнктивального лоскута |
| 11 | 514 | 08.71 | Реконструкция века с вовлечением края века не на всю его толщину |
| 12 | 514 | 08.72 | Другие формы реконструкции века не на всю толщину века |
| 13 | 514 | 08.73 | Реконструкция века с вовлечением края века на всю его толщину |
| 14 | 514 | 08.74 | Другие формы реконструкции века на всю толщину века |
| 15 | 514 | 09.81 | Дакриоцистириностомия |
| 16 | 514 | 09.811 | Эндоназальная эндоскопическая дакриоцистириностомия |
| 17 | 514 | 09.82 | Конъюнктивоцистириностомия |
| 18 | 514 | 09.83 | Конъюнктивоцистириностомия с введением трубки или стента |
| 19 | 515 | | Операции на склере, конъюнктиве, роговице |
| 20 | 515 | 11.10 | Рассечение роговицы |
| 21 | 515 | 11.31 | Транспозиция птеригиума |

| | | | |
|----|-----|-------|---|
| 22 | 515 | 11.49 | Другие виды удаления или деструкции поврежденных участков роговицы |
| 23 | 516 | | Операции на радужке, ресничном и стекловидном теле |
| 24 | 516 | 12.61 | Трефинация склеры с иридэктомией |
| 25 | 516 | 12.65 | Другие виды вскрытия склеры с иридэктомией (синус-трабекулоэктомия) |
| 26 | 516 | 14.76 | Интравитреальное введение препаратов |

| | | | |
|----|-----|--------|--|
| 27 | 517 | | Операции по поводу заболеваний хрусталика |
| 28 | 517 | 13.00 | Удаление инородного тела из хрусталика, не уточненное иначе |
| 29 | 517 | 13.02 | Удаление инородного тела из хрусталика без использования магнита |
| 30 | 517 | 13.11 | Внутрикапсульная экстракция хрусталика через временный нижний доступ |
| 31 | 517 | 13.19 | Другие виды внутрикапсульной экстракции хрусталика |
| 32 | 517 | 13.20 | Внекапсулярная экстракция хрусталика методом линейной экстракции |
| 33 | 517 | 13.30 | Внекапсулярная экстракция хрусталика методом простой аспирации (и ирригации) |
| 34 | 517 | 13.41 | Эмульгирование хрусталика и аспирация катаракты |
| 35 | 517 | 13.42 | Механическое раздробление хрусталика и аспирация катаракты через задний доступ |
| 36 | 517 | 13.43 | Механическое дробление хрусталика и другие виды аспирации катаракты |
| 37 | 517 | 13.51 | Внекапсулярная экстракция хрусталика через временный нижний доступ |
| 38 | 517 | 13.59 | Другие виды внекапсулярной экстракции хрусталика |
| 39 | 517 | 13.64 | Рассечение вторичной мембраны (после катаракты) |
| 40 | 517 | 13.65 | Иссечение вторичной мембраны (после катаракты) |
| 41 | 517 | 13.66 | Механическое раздробление вторичной мембраны (после катаракты) |
| 42 | 517 | 13.92 | Факоаспирация катаракты |
| 43 | 518 | | Операции при глаукоме |
| 44 | 518 | 12.54 | Трабекулотомия наружная |
| 45 | 518 | 12.591 | Лазерные методы улучшения внутриглазной циркуляции |
| 46 | 518 | 12.64 | Трабекулэктомия наружная |
| 47 | 519 | | Операции на сосудистой оболочке глаза |
| 48 | 519 | 14.82 | Реваскуляризация хориоидеи |
| 49 | 519 | 14.83 | Аутолимфодренирование супрахориодального пространства |
| 50 | 519 | 14.84 | Аутолимфодренирование супрахориодального пространства с перевязкой вортикозной вены |
| 51 | 519 | 14.86 | Реваскуляризация зрительного нерва |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52 | 519 | 14.87 | Декомпрессия супрахориодального пространства с реваскуляризацией хориоидеи |
| 53 | 520 | | Операции на глазных и внеглазных мышцах |
| 54 | 520 | 08.31 | Коррекция блефароптоза путем наложения шва на фронтальную мышцу |
| 55 | 520 | 08.32 | Коррекция блефароптоза путем наложения фасциальной поддерживающей повязки на фронтальную мышцу |
| 56 | 520 | 08.33 | Коррекция блефароптоза путем резекции или перемещения поднимающей мышцы или апоневроза |
| 57 | 520 | 08.34 | Коррекция блефароптоза путем других манипуляций на поднимающей мышце |
| 58 | 520 | 08.35 | Коррекция блефароптоза тарзальным методом |
| 59 | 520 | 15.11 | Перемещение назад места прикрепления одной внеглазной мышцы |
| 60 | 520 | 15.12 | Перемещение одной внеглазной мышцы |

| | | | |
|----|-----|-------|--|
| 61 | 520 | 15.13 | Резекция одной внеглазной мышцы |
| 62 | 520 | 15.19 | Другие манипуляции на одной внеглазной мышце с временным отделением ее от глазного яблока |
| 63 | 520 | 15.21 | Манипуляция удлинения одной внеглазной мышцы |
| 64 | 520 | 15.22 | Манипуляция укорочения одной внеглазной мышцы |
| 65 | 520 | 15.30 | Манипуляции на двух или более внеглазных мышцах с временным отделением их от глазного яблока на одном или обоих глазах |
| 66 | 520 | 15.50 | Транспозиция внеглазных мышц |
| 67 | 521 | | Различные виды протезирования глаза |
| 68 | 521 | 08.69 | Другие виды реконструкции века с помощью лоскутов или трансплантатов |
| 69 | 521 | 13.70 | Введение искусственного хрусталика (псевдохрусталика) |
| 70 | 521 | 13.71 | Введение внутриглазного искусственного хрусталика в момент экстракции катаракты одновременно |
| 71 | 521 | 13.72 | Вторичное введение внутриглазного искусственного хрусталика |
| 72 | 521 | 13.80 | Удаление имплантированного хрусталика |
| 73 | 522 | | Виды коррекции повреждений глазного яблока и глазницы |
| 74 | 522 | 13.01 | Удаление инородного тела из хрусталика с помощью магнита |
| 75 | 523 | | Прочие операции на глазах |
| 76 | 523 | 15.60 | Ревизия хирургической манипуляции на внеглазной мышце |
| 77 | 525 | | Другие и неуточненные операции и манипуляции на глазах и придаточном аппарате глаза |
| 78 | 525 | 12.14 | Другие виды иридэктомии |
| 79 | 526 | | Операции на структурах носа и миндалинах |
| 80 | 526 | 21.61 | Конхэктомия методами диатриии или криохирургии |
| 81 | 526 | 21.69 | Другие виды конхэктомии |
| 82 | 526 | 21.70 | Репозиция костей носа |
| 83 | 526 | 28.40 | Иссечение полипа миндалины |
| 84 | 526 | 28.60 | Удаление аденоидов без тонзиллэктомии |
| 85 | 526 | 28.91 | Удаление инородного тела из миндалины или аденоида путем рассечения |
| 86 | 526 | 28.92 | Иссечение поврежденного участка миндалины или аденоида |
| 87 | 527 | | Операции на наружном ухе |
| 88 | 527 | 18.20 | Иссечение или деструкция пораженного участка наружного уха |
| 89 | 527 | 18.31 | Радикальное иссечение поврежденного участка наружного уха |
| 90 | 527 | 18.39 | Прочие виды иссечения наружного уха |
| 91 | 528 | 20.00 | Миринготомия |
| 92 | 543 | | Манипуляции на сосудах |
| 93 | 543 | 39.27 | Артериовеностомия в целях почечного диализа |
| 94 | 553 | | Другие лапароскопические операции на органах брюшной полости |
| 95 | 553 | 17.11 | Лапароскопическое удаление прямой паховой грыжи |
| 96 | 553 | 17.12 | Лапароскопическое удаление косой паховой грыжи |
| 97 | 553 | 17.21 | Лапароскопическое удаление двусторонней прямой паховой грыжи |
| 98 | 553 | 17.22 | Лапароскопическое удаление двусторонней косой паховой грыжи |

| | | | |
|-----|-----|---------|---|
| 99 | 553 | 17.23 | Лапароскопическое удаление двусторонней прямой и не прямой паховой грыжи |
| 100 | 557 | 51.81 | Расширение сфинктера Одди |
| 101 | 557 | 51.89 | Другие манипуляции на сфинктере Одди |
| 102 | 557 | 51.95 | Удаление протезного устройства из желчного протока |
| 103 | 558 | | Аппендэктомия, грыжесечения |
| 104 | 558 | 53.00 | Одностороннее удаление паховой грыжи, не уточненное иначе |
| 105 | 558 | 53.01 | Устранение прямой паховой грыжи |
| 106 | 558 | 53.02 | Устранение косой паховой грыжи |
| 107 | 558 | 53.03 | Устранение прямой паховой грыжи с помощью имплантата или протеза |
| 108 | 558 | 53.04 | Устранение косой паховой грыжи с помощью имплантата или протеза |
| 109 | 558 | 53.05 | Устранение паховой грыжи с помощью имплантата или протеза, не уточненное иначе |
| 110 | 558 | 53.091 | Устранение паховой грыжи |
| 111 | 558 | 53.29 | Другая односторонняя бедренная герниорафия |
| 112 | 558 | 53.40 | Устранение пупочной грыжи |
| 113 | 558 | 53.41 | Устранение пупочной грыжи с помощью имплантата |
| 114 | 558 | 53.49 | Другая пупочная герниорафия |
| 115 | 563 | | Операции на промежности |
| 116 | 563 | 49.44 | Деструкция геморроидальных узлов с помощью криотерапии |
| 117 | 563 | 49.45 | Перевязка геморроидальных узлов |
| 118 | 563 | 49.46 | Иссечение геморроидальных узлов |
| 119 | 567 | | Операции на почках |
| 120 | 567 | 55.23 | Закрытая биопсия почки |
| 121 | 567 | 55.92 | Чрескожная пункция почки |
| 122 | 568 | | Операции на уровне мочеточника и почечной лоханки |
| 123 | 568 | 56.10 | Трансуретральная ликвидация обструкции мочеточника |
| 124 | 568 | 56.9102 | Рентгенэндоскопическая баллонная дилатация стриктур мочеточников |
| 125 | 568 | 59.81 | Стентирование мочеточника |
| 126 | 568 | 98.5100 | Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия камней почки и мочевыводящих путей |
| 127 | 569 | | Операции на уретре |
| 128 | 569 | 58.00 | Уретротомия |
| 129 | 569 | 58.01 | Уретротомия лазерная |
| 130 | 569 | 58.10 | Меатомия уретры |
| 131 | 569 | 58.31 | Оптическая уретротомия |
| 132 | 569 | 58.50 | Бужирование стриктуры уретры |
| 133 | 570 | | Операции на мочевом пузыре |
| 134 | 570 | 57.00 | Операции на мочевом пузыре |
| 135 | 570 | 57.01 | Трансуретральное очищение мочевого пузыря |
| 136 | 570 | 57.10 | Цистотомия и цистостомия |
| 137 | 570 | 57.11 | Троакарная цистостомия |

| | | | |
|-----|-----|---------|--|
| 138 | 571 | | Операции на мужских половых органах |
| 139 | 571 | 39.9108 | Трансскротальная антеградная рентгенэндоваскулярная склеротерапия левой яичковой вены при варикоцеле |
| 140 | 571 | 39.9208 | Рентгенэндоваскулярная склеротерапия левой яичковой вены при варикоцеле |
| 141 | 571 | 61.20 | Операции по поводу водянки влагалищной оболочки семенного канатика |
| 142 | 571 | 61.49 | Другие виды восстановления мошонки и влагалищных оболочек |
| 143 | 571 | 63.10 | Операция по поводу варикоцеле и гидроцеле семенного канатика |
| 144 | 571 | 62.30 | Односторонняя орхиэктомия |
| 145 | 571 | 63.11 | Лапароскопическое устранение варикоцеле и гидроцеле семенного канатика |
| 146 | 571 | 64.00 | Иссечение крайней плоти |
| 147 | 571 | 64.41 | Ушивание разрыва полового члена |
| 148 | 571 | 63.1001 | Субингвинальное микрохирургическое устранение варикоцеле |
| 149 | 571 | 63.20 | Иссечение кисты придатка яичка |
| 150 | 571 | 64.93 | Разделение спаек полового члена |
| 151 | 572 | | Операции на предстательной железе |
| 152 | 572 | 60.6122 | Плазменная трансуретральная вапоризация доброкачественной гиперплазии предстательной железы |
| 153 | 573 | | Операции на женских половых органах |
| 154 | 573 | 67.31 | Марсупиализация кисты шейки матки |
| 155 | 573 | 67.50 | Восстановление внутреннего цервикального зева |
| 156 | 573 | 70.14 | Другая кольпотомия (удаление полипов, кист влагалища) |
| 157 | 573 | 70.33 | Иссечение или деструкция пораженного участка влагалища |
| 158 | 573 | 71.22 | Рассечение кисты железы преддверия |
| 159 | 573 | 71.23 | Марсупиализация кисты бартолиновой железы |
| 160 | 573 | 71.24 | Удаление кисты бартолиниевой железы |
| 161 | 578 | | Малые акушерские и гинекологические операции и манипуляции |
| 162 | 578 | 67.12 | Удаление цервикального полипа |
| 163 | 578 | 68.12 | Гистероскопия |
| 164 | 578 | 68.16 | Гистероскопия с биопсией (закрытая биопсия матки) |
| 165 | 578 | 69.00 | Дилатация и кюретаж матки |
| 166 | 578 | 69.02 | Дилатация и кюретаж матки в целях прекращения беременности |
| 167 | 578 | 69.51 | Аспирационный кюретаж матки в целях прерывания беременности |
| 168 | 578 | 69.52 | Выскабливание матки |
| 169 | 578 | 70.13 | Лизис интрапросветных спаек влагалища |
| 170 | 578 | 75.00 | Интра-амниальная инъекция для аборта |
| 171 | 578 | 75.31 | Амниоскопия, фетоскопия, лапароамниоскопия |
| 172 | 578 | 75.33 | Взятие крови плода, биопсия |
| 173 | 578 | 67.20 | Конизация шейки матки |
| 174 | 581 | | Акушерские пособия и манипуляции |
| 175 | 581 | 75.10 | Диагностический амниоцентез |
| | | | |

| | | | |
|-----|-----|-------|---|
| 176 | 584 | | Операции на костях грудной клетки |
| 177 | 584 | 78.61 | Удаление имплантированных фиксаторов из лопатки, ключицы и грудной клетки (ребер и грудины) |
| 178 | 586 | | Операции на плече, костях предплечья, голени |
| 179 | 586 | 80.21 | Артроскопия плечевого сустава |
| 180 | 586 | 80.22 | Артроскопия локтевого сустава |
| 181 | 586 | 80.26 | Артроскопия коленного сустава |
| 182 | 586 | 80.27 | Артроскопия голеностопного сустава |
| 183 | 586 | 80.29 | Артроскопия других уточненных локализаций |
| 184 | 587 | | Операции на костях кисти и стопы |
| 185 | 587 | 78.18 | Применение внешнего фиксирующего устройства на предплюсневую и плюсневую кости |
| 186 | 587 | 78.54 | Внутренняя фиксация кости запястья и пястной кости без репозиции перелома |
| 187 | 587 | 78.58 | Внутренняя фиксация предплюсневой и плюсневой кости без репозиции перелома |
| 188 | 587 | 78.64 | Удаление имплантированных фиксаторов из кости запястья и пястной кости |
| 189 | 587 | 78.68 | Удаление имплантированных фиксаторов из предплюсневой и плюсневой кости |
| 190 | 587 | 80.14 | Другая артротомия межфаланговых и пястно-фаланговых суставов кисти |
| 191 | 587 | 80.17 | Другая артротомия голеностопного сустава |
| 192 | 587 | 80.18 | Другая артротомия межфаланговых и плюснево-фаланговых суставов стопы |
| 193 | 587 | 80.43 | Пересечение суставной капсулы, связки или хряща лучезапястного сустава |
| 194 | 587 | 80.44 | Пересечение суставной капсулы, связки или хряща кисти и пальца |
| 195 | 587 | 80.48 | Пересечение суставной капсулы, связки или хряща стопы и пальца стопы |
| 196 | 587 | 80.83 | Другие виды локального иссечения пораженного участка или деструкции лучезапястного сустава |
| 197 | 587 | 80.84 | Другие виды локального иссечения пораженного участка или деструкции суставов кисти |
| 198 | 587 | 80.87 | Другие виды локального иссечения пораженного участка или деструкции голеностопного сустава |
| 199 | 587 | 80.88 | Другие виды локального иссечения пораженного участка или деструкции суставов стопы |
| 200 | 587 | 80.93 | Другие виды иссечения лучезапястного сустава |
| 201 | 587 | 80.94 | Другие виды иссечения межфалангового и пястно-фалангового суставов кисти |
| 202 | 587 | 80.97 | Другие виды иссечения голеностопного сустава |
| 203 | 587 | 80.98 | Другие виды иссечения межфалангового и плюснево-фалангового суставов стопы |
| 204 | 587 | 82.21 | Иссечение пораженного участка влагалища сухожилия кисти |
| 205 | 587 | 82.46 | Ушивание мышцы или фасции кисти |

| | | | |
|-----|-----|--------|--|
| 206 | 587 | 04.43 | Освобождение карпального канала |
| 207 | 587 | 04.44 | Освобождение тарзального канала |
| 208 | 587 | 82.41 | Ушивание влагалища сухожилия кисти |
| 209 | 587 | 82.45 | Другое ушивание другого сухожилия кисти |
| 210 | 588 | | Операции на мышцах, сухожилиях, фасциях (кроме кисти) |
| 211 | 588 | 83.91 | Лизис спаек мышцы, сухожилия, фасции и синовиальной сумки (кроме кисти) |
| 212 | 596 | | Операции на молочной железе |
| 213 | 596 | 85.10 | Разрез молочной железы |
| 214 | 596 | 85.21 | Локальное иссечение пораженного участка молочной железы |
| 215 | 598 | | Операции на коже, подкожных тканях, лимфатических структурах |
| 216 | 598 | 40.00 | Рассечение лимфатических структур |
| 217 | 598 | 40.23 | Иссечение подмышечного лимфатического узла |
| 218 | 598 | 40.24 | Иссечение пахового лимфатического узла |
| 219 | 598 | 40.29 | Простое иссечение другой лимфатической структуры |
| 220 | 598 | 40.30 | Локальное иссечение лимфоузла |
| 221 | 598 | 86.03 | Иссечение пилонидальной кисты или синуса, кроме марсупиализации (86.21) |
| 222 | 598 | 86.21 | Иссечение пилонидальной кисты или синуса |
| 223 | 598 | 86.222 | Вскрытие и дренирование абсцесса мягких тканей |
| 224 | 604 | | Закрытая репозиция костных обломков с внутренней фиксацией |
| 225 | 604 | 79.12 | Закрытая репозиция костных обломков лучевой и локтевой кости с внутренней фиксацией |
| 226 | 604 | 79.13 | Закрытая репозиция костных обломков костей запястья и пястных костей с внутренней фиксацией |
| 227 | 604 | 79.14 | Закрытая репозиция костных обломков фаланг кисти с внутренней фиксацией |
| 228 | 604 | 79.17 | Закрытая репозиция костных обломков предплюсневых и плюсневых костей с внутренней фиксацией |
| 229 | 604 | 79.18 | Закрытая репозиция костных обломков фаланг стопы с внутренней фиксацией |
| 230 | 605 | | Открытая репозиция костных обломков |
| 231 | 605 | 79.23 | Открытая репозиция костных обломков костей запястья и пястных костей без внутренней фиксации |
| 232 | 605 | 79.24 | Открытая репозиция костных обломков фаланг кисти без внутренней фиксации |
| 233 | 605 | 79.27 | Открытая репозиция костных обломков предплюсневых и плюсневых костей без внутренней фиксации |
| 234 | 605 | 79.28 | Открытая репозиция костных обломков фаланг стопы без внутренней фиксации |
| 235 | 605 | 79.33 | Открытая репозиция костных обломков костей запястья и пястных костей с внутренней фиксацией |
| 236 | 605 | 79.34 | Открытая репозиция костных обломков фаланг кисти с внутренней фиксацией |
| | | | |

| | | | |
|-----|-----|--------|--|
| 237 | 605 | 79.341 | Открытая репозиция костных отломков фаланг кисти с внутренней фиксацией блокирующим интрамедуллярным остеосинтезом |
| 238 | 605 | 79.37 | Открытая репозиция костных обломков предплюсневых и плюсневых костей с внутренней фиксацией |
| 239 | 605 | 79.371 | Открытая репозиция костных отломков предплюсневых и плюсневых костей с внутренней фиксацией блокирующим интрамедуллярным остеосинтезом |
| 240 | 605 | 79.38 | Открытая репозиция костных обломков фаланг стопы с внутренней фиксацией |
| 241 | 605 | 79.381 | Открытая репозиция костных отломков фаланг стопы с внутренней фиксацией блокирующим интрамедуллярным остеосинтезом |
| 242 | 606 | | Закрытая репозиция костных отломков без внутренней фиксации |
| 243 | 606 | 79.01 | Закрытая репозиция костных отломков плечевой кости без внутренней фиксации |
| 244 | 606 | 79.03 | Закрытая репозиция костных отломков костей запястья и пястных костей без внутренней фиксации |
| 245 | 612 | | Закрытая репозиция костных обломков с внутренней фиксацией блокирующим интрамедуллярным остеосинтезом |
| 246 | 612 | 79.131 | Закрытая репозиция костных отломков костей запястья и пястных костей с внутренней фиксацией блокирующим интрамедуллярным остеосинтезом |
| 247 | 612 | 79.171 | Закрытая репозиция костных отломков предплюсневых и плюсневых костей с внутренней фиксацией блокирующим интрамедуллярным остеосинтезом |

Примечание:

КЗГ – Клинико-затратная группа;

ВК дет – Детский весовой коэффициент;

ВК взр – Взрослый весовой коэффициент;

МКБ-9 – Международная статистическая классификация болезней и

проблем, связанных со здоровьем 9 пересмотра.

| | |
|--|--|
| | <p>Приложение 67 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств</p> |
|--|--|

Форма

Акт выполненных работ (услуг),

оказанных в рамках гарантированного объема бесплатной

медицинской помощи

№ _____ от "___" _____ 20__ года

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

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

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Наименование спецификации: _____

Мы, нижеподписавшиеся представитель Исполнителя в лице

_____, с одной стороны, и заказчика в

лице _____ с другой стороны,

составили настоящий акт о том, что пациенту года рождения,

находящемуся на лечении в с "___" _____ 20__ года

по "___" _____ 20__ года выполнен следующий объем работ.

| Наименование услуг | цена | количество | сумма |
|--------------------|------|------------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Итого: | | | |

Услуги выполнены в полном объеме. По оказанным услугам стороны

претензий друг к другу не имеют.

| | |
|---|---|
| <p>Заказчик</p> <p>_____</p> <p>(Наименование государственного органа)</p> <p>Адрес _____</p> <p>Бизнес идентификационный номер (далее –БИН)_____</p> <p>Индивидуальный идентификационный номер (далее –ИИН) _____</p> <p>_____</p> <p>Банковский идентификационный код (далее – БИК)</p> <p>_____</p> <p>ГУ _____</p> <p>Наименование комитет казначейства</p> <p>Код_____</p> <p>Код бенефициара (далее – КБЕ)</p> <p>Руководитель_____/_____</p> <p>(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)(для акта на бумажном носителе)</p> <p>Место печати (для акта на бумажном носителе)</p> | <p>Поставщик</p> <p>_____</p> <p>(Наименование медицинской организации)</p> <p>Адрес _____</p> <p>БИН _____</p> <p>ИИН _____</p> <p>БИК _____</p> <p>Наименование банка</p> <p>_____</p> <p>КБЕ _____</p> <p>Руководитель_____/_____</p> <p>(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)(для акта на бумажном носителе)</p> <p>Место печати (для акта на бумажном носителе)</p> |
|---|---|

| | |
|--|--|
| | Приложение 68 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

СЧЕТ-РЕЕСТР

за оказание стационарной и стационарозамещающей помощи в

рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

за счет средств местного бюджета

№ _____ от " ____ " _____ 20__ года

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

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

Наименование организации здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

| №п/п | Наименование | Количество пролеченных случаев | Тариф за один пролеченный случай, тенге | Предъявлено к оплате, тенге |
|------|--------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------|
| A | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Круглосуточный стационар | | | |
| 2 | Дневной стационар | | | |
| | Итого | | | |

Лизинг

| Код медицинского оборудования | Наименование медицинского оборудования | Полный код услуги | Наименование услуги | Лизинговый платеж на 1 услугу, тенге | Количество услуг | Сумма лизингового платежа к оплате, тенге |
|-------------------------------|--|-------------------|---------------------|--------------------------------------|------------------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |
| Итого | | | | | | |

Всего к оплате: _____ тенге

Руководитель организации здравоохранения

(поставщика): _____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер организации здравоохранения

(поставщика): _____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

К данному счет-реестру прилагается персонифицированный реестр

выписанных больных, которым оказана стационарная и

стационарозамещающая помощь, по форме согласно таблицы.

Таблица

к счет-реестру за оказание

стационарной и стационарозамещающей

помощи в рамках гарантированного

объема бесплатной медицинской помощи

за счет средств местного бюджета

Форма

Персонифицированный реестр

выписанных больных, которым оказана стационарная и

стационарозамещающая помощь*

Период с " ____ " _____ 20__ года по " ____ " _____ 20__ года

Круглосуточный стационар

| № п \ п | № истории болезни | Ф.И.О | Дата рождения | Адрес | Дата поступления | Дата выписки | Проведено койко-дней | Исход пребывания | Код МКБ - 10 | Диагноз заключительный | Тип госпитал |
|---------|-------------------|-------|---------------|-------|------------------|--------------|----------------------|------------------|--------------|------------------------|--------------|
| А 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

Дневной стационар

| № п \ п | № истории болезни | Ф.И.О | Дата рождения | Адрес | Дата поступления | Дата выписки | Проведено койко-дней | Исход лечения | Код МКБ - 10 | Диагноз заключительный |
|---------|-------------------|-------|---------------|-------|------------------|--------------|----------------------|---------------|--------------|------------------------|
| А 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

Стационар на дому

| № п \ п | № истории болезни | Ф.И.О | Дата рождения | Адрес | Дата начала лечения | Дата окончания лечения | Проведено койко-дней | Исход лечения | Код МКБ - 10 | Диагноз заключительный |
|---------|-------------------|-------|---------------|-------|---------------------|------------------------|----------------------|---------------|--------------|------------------------|
| А 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

Руководитель субъекта

здравоохранения (поставщика): _____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта

здравоохранения (поставщика): _____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Примечание: * данные формируются на основе введенных данных в ИС

"ЭРСБ"

| | |
|--|--|
| | Приложение 69 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Протокол

исполнения договора на оказание стационарной и

стационарозамещающей помощи в рамках ГОБМП

за счет средств местного бюджета

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

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

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

| № п/п | Наименование | Количество пролеченных случаев | Предъявлено к оплате, тенге | Снято с оплаты *, тенге | Принято к оплате, тенге |
|-------|--------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------|-------------------------|
| A | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Круглосуточный стационар | | | | |
| 2 | Дневной стационар | | | | |
| | Всего | | | | |

Примечание:

* Снято с оплаты, в том числе частично, за отчетный и

предыдущие периоды по результатам по результатам выборочных,

внеплановых проверок и иных форм контроля ТД.ККМФД.

Акт контроля качества и объема медицинской помощи прилагается.

Лизинговые платежи

| Наименование | Количество услуг предъявленных к оплате | Предъявленная сумма лизингового платежа к оплате, тенге | Количество услуг к снятию с оплаты | Сумма лизингового платежа к снятию с оплаты | Количество услуг принятых к оплате | Принято к оплате сумма лизингового платежа, тенге |
|---|---|---|------------------------------------|---|------------------------------------|---|
| Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга | | | | | | |

Иные выплаты/вычеты

| № п/п | Основание | Согласно решению комиссии | |
|-------|-----------|---------------------------|---------------------|
| | | Выплаты, сумма тенге | Вычеты, сумма тенге |
| | | | |
| ИТОГО | | | |

Всего предъявлено к оплате _____ тенге

Всего принято к оплате _____ тенге

Председатель: _____/_____

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

(для протокола на бумажном носителе)

Члены комиссии: _____/_____

(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: _____/_____

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

М.П.

Дата "___" _____ 20__ года.

| | |
|--|--|
| | Приложение 70 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Акт выполненных работ (услуг),

оказанных в рамках гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

№ _____ от "___" _____ 20__ года

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

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

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Общая сумма по Договору

_____ тенге

Общая сумма выплаченного

аванса _____ тенге

Общая сумма оплаченных (оказанных)

услуг _____ тенге

Общая сумма лизинговых платежей на текущий год согласно

Договору _____ тенге

| Наименование работ (услуг) | Предъявлено к оплате, тенге | Принято к оплате, тенге |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| 1 | 2 | 3 |
| | | |
| Всего | | |

Лизинговые платежи

| Наименование | Количество услуг предъявленных к оплате | Предъявленная сумма лизингового платежа к оплате, тенге | Количество услуг к снятию с оплаты | Сумма лизингового платежа к снятию с оплаты | Количество услуг принятых к оплате | Принято к оплате сумма лизингового платежа, тенге |
|--------------|---|---|------------------------------------|---|------------------------------------|---|
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|

Иные выплаты/вычеты

| № п/п | Основание | Согласно решению комиссии | |
|-------|-----------|---------------------------|---------------------|
| | | Выплаты, сумма тенге | Вычеты, сумма тенге |
| | | | |
| ИТОГО | | | |

Всего принято к оплате: _____ тенге

в том числе возмещение лизинговых платежей _____ тенге

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса _____ тенге

Сумма к удержанию лизинговых платежей _____ тенге

Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит удержанию в

следующий период _____ тенге

Итого к перечислению _____ тенге

в том числе возмещение лизинговых платежей _____ тенге

| | |
|---|--|
| Заказчик | Поставщик |
| _____ | _____ |
| (Наименование государственного органа) | (Наименование медицинской организации) |
| Адрес _____ | Адрес _____ |
| Бизнес идентификационный номер (далее –БИН) | БИН _____ |
| _____ | ИИН _____ |
| Индивидуальный идентификационный номер (далее –ИИН) | БИК _____ |
| _____ | Наименование банка _____ |
| Банковский идентификационный код | КБЕ _____ |
| | Руководитель _____ |

| | |
|--|--|
| (далее – БИК) _____ ГУ _____ Наименование комитет казначейства Код _____ Код бенефициара (далее – КБЕ) _____ Руководитель _____ / _____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для акта на бумажном носителе) Место печати (для акта на бумажном носителе) | _____ / _____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для акта на бумажном носителе) Место печати (для акта на бумажном носителе) |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | Приложение 71 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Меры экономического воздействия

при оказании медицинской помощи онкологическим

больным в рамках ГОБМП по комплексному тарифу

| № п/ п | Наименование дефекта | Единица измерения | Мера экономического воздействия |
|--------------|---|---------------------------------------|--|
| 1. | Случаи летальных исходов (предотвратимые) | 1 (один) онкологический больной | 6-ти кратный размер комплексного тарифа |
| 22 · | Недостоверное, несвоевременное и некачественное введение данных в ЭРОБ и несоответствие предъявленных к оплате документов данным ЭРОБ | 1 (один) онкологический больной | 3-х кратный размер комплексного тарифа |
| 33 · | Несвоевременная регистрация сведений смерти в ЭРОБ , позднее 10 дней с момента смерти онкологического больного | 1 (один) онкологический больной | размер комплексного тарифа |

| | |
|--|--|
| | Приложение 72 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

СЧЕТ-РЕЕСТР

оказанных медицинских услуг онкологическим больным

в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

№ _____ от "___" _____ 20__ года

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

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

Наименование организации здравоохранения:

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Комплексный тариф на одного онкологического больного

в месяц: _____ тенге

| № п /п | Наименование | Количество онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ на начало отчетного периода | Количество онкологических больных взятых на учет | | Количество онкологических больных снятых с учета | | Количество онкологических больных, зарегистрированных в ЭРБ на конец отчетного периода | Среднесписочное количество онкологических больных |
|--------|---|--|--|--------------------------------|--|---------------------|--|---|
| | | | Всего | в том числе из других регионов | Всего | в том числе умершие | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Оказание медицинских услуг онкологическим больным в рамках гарантированного объема бесплатной | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | медицинской помощи, в том числе: | | | | | | | |
| 1.1. | за счет трансфертов из республиканского бюджета | x | x | x | x | x | x | x |
| 11.2. | за счет средств местного бюджета | x | x | x | x | x | x | x |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Лизинговые платежи*Сумма возмещения лизинговых платежей за

медицинскую технику, приобретенную на условиях финансового лизинга

_____ тенге

| Код медицинского оборудования | Наименование медицинского оборудования | Полный код услуги | Наименование услуги | Лизинговый платеж на 1 услугу, тенге | Количество услуг | Сумма лизингового платежа к оплате, тенге |
|-------------------------------|--|-------------------|---------------------|--------------------------------------|------------------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |
| Всего | | | | | | |

Итого к оплате: _____ тенге

Руководитель организации здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер организации здравоохранения(поставщика):

_____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Примечание:

* представляется в случае оказания медицинских услуг на

медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга.

| | |
|--|--|
| | Приложение 73 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Протокол

исполнения договора на оказание гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи при оказании медицинской

помощи онкологическим больным

№ _____ от " ____ " _____ 20__ года

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

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

Наименование организации здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

| П№ п/ п | Наименование | Предъявленная сумма к оплате, тенге | | Сумма, не подлежащая к оплате, тенге | | Принято к оплате, тенге | |
|---------------|---|---|---------------------|--|---------------------|----------------------------|---------------------|
| | | Количество случаев | Сумма , тенге | Количество случаев | Сумма , тенге | Количество случаев | Сумма , тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Среднесписочная численность онкологических больных | | | | | | |
| 22 | Случаи за отчетный период, прошедшие контроль качества, из них: | | | | | | |
| 1) | Подтверждены | | | | | | |
| 2) | Не подтверждены | | | | | | |
| 3 | Недостоверное, несвоевременное и некачественное введение данных в ЭРОБ и несоответствие предъявленных к оплате документов данным ЭРОБ | | | | | | |
| 4 | Несвоевременная регистрация сведений смерти, позднее 10 дней с момента смерти онкологического больного | | | | | | |

Лизинговые платежи

| Наименование | Количество услуг предъявленных к оплате | Предъявленная сумма лизингового платежа к оплате, тенге | Количество услуг к снятию с оплаты | Сумма лизингового платежа к снятию с оплаты | Количество услуг принятых к оплате | Принято к оплате сумма лизингового платежа, тенге |
|---|--|--|---|---|---|--|
| Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга | | | | | | |

Иные выплаты/вычеты

| № п/п | Основание | Согласно решения комиссии | |
|-------|-----------|---------------------------|---------------------|
| | | Выплаты, сумма тенге | Вычеты, сумма тенге |
| | | | |
| ИТОГО | | | |

Председатель: _____/_____

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

(для протокола на бумажном носителе)

Члены комиссии: _____/_____

(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: _____/_____

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

М.П.

Дата "___" _____ 20 ___ года.

Всего предъявлено к оплате _____ тенге

Всего принято к оплате _____ тенге

| | |
|--|---|
| | Приложение к протоколу исполнения договора на оказание гарантированного |
|--|---|

Форма

Реестр онкологических больных с несвоевременной регистрацией

сведений о смерти в "Электронном регистре онкологических больных"*

Комплексный тариф на одного онкологического больного в

месяц: _____ тенге

Комплексный тариф на одного онкологического больного в день:

_____ тенге

| № п / п | Ф.И.О. онкологического больного | Дата постановления на учет | Дата смерти | Дата снятия с учета | Количество дней нахождения на учете после даты смерти | Сумма, подлежащая снятию, тенге | | |
|---------|---------------------------------|----------------------------|-------------|---------------------|---|---------------------------------|---------------------------------|---|
| | | | | | | всего | в.т.ч. | |
| | | | | | за несвоевременное снятие с учета | | мера экономического воздействия | |
| А 1 | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | | |

Председатель: _____ / _____

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

(для протокола на бумажном носителе)

Члены комиссии: _____ / _____

(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)

М.П.

Дата "___" _____ 20 ___ года.

| | |
|--|--|
| | Приложение 74 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Акт выполненных работ (услуг),

оказанных онкологическим больным

в рамках гарантированного объема бесплатной

медицинской помощи

№ _____ от "___" _____ 20 ___ года

Период с "___" _____ 20 ___ года по "___" _____ 20 ___ года

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

Наименование организации здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Наименование бюджетной подпрограммы: _____

Общая сумма по Договору _____ тенге

Общая сумма выплаченного аванса _____ тенге

Общая сумма оплаченных (оказанных) услуг _____ тенге

Общая сумма лизинговых платежей на текущий год согласно

Договору _____ тенге

Комплексный тариф на одного онкологического больного в месяц:

_____ тенге

| № П/п | Наименование | Количество онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода | Среднесписочная численность онкологических больных, зарегистрированных в ЭРОБ на конец отчетного периода | Предъявлено к оплате, тенге | Принято к оплате, тенге |
|----------|---|---|--|-----------------------------|-------------------------|
| А | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Оказание медицинской помощи онкологическим больным в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, в том числе: | | | | |
| 1.1. | за счет трансфертов из республиканского бюджета | x | x | | |
| 1.2. | за счет средств местного бюджета | x | x | | |

Лизинговые платежи*

| Код медицинского оборудования | Наименование медицинской оборудования | Предъявлено к оплате, тенге | | Принято к оплате, тенге | |
|-------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--|-------------------------|--|
| | | Количество услуг | Сумма лизингового платежа к оплате (тенге) | Количество услуг | Сумма лизингового платежа к оплате (тенге) |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |

Всего принято к оплате: _____тенге

в том числе возмещение лизинговых платежей

_____тенге

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса

_____тенге

Сумма к удержанию лизинговых платежей

_____тенге

Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит удержанию

в следующий период _____тенге

Итого к перечислению _____тенге

в том числе возмещение лизинговых платежей

_____тенге

| | |
|---|------------------------------------|
| Заказчик | Поставщик |
| _____ | _____ |
| (наименование) | (наименование) |
| Руководитель _____/_____ | Руководитель _____/_____ |
| (Фамилия, имя, отчество | (Фамилия, имя, отчество (при его |
| (для акта на бумажном носителе) | наличии)/подпись) (для акта |
| Место печати (для акта на бумажном носителе | на бумажном носителе |
|) | Место печати (для акта на бумажном |
| | носителе) |

Примечание:

* представляется в случае оказания медицинских услуг на

медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга.

Приложение 75
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств

Форма

Информация о структуре дохода

при оказании медицинских услуг онкологическим больным

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

(наименование организации здравоохранения)

| №№ п/ п | Наименование услуги | Источники дохода, тыс.тенге | | | |
|--|--|-----------------------------|--------------------|---|------------------------------------|
| | | ВСЕГО | Бюджетные средства | | За счет внебюджетных средств |
| за счет средств РБ в виде ЦТТ | за счет средств местного бюджета | | | | |
| А | Б | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Доход за отчетный период, всего | | | | |
| | в том числе: | | | | |
| | Оказание медицинских услуг онкологическим больным в рамках ГОБМП | | | | |
| | Оказание медицинских услуг онкологическим больным в рамках ГОБМП по договору с другими онкологическими диспансерами | | | | |
| | Проведение скрининговых исследований целевым группам населения | | | | |
| | ... другие услуги (указать) | | | | |

Руководитель организации здравоохранения

(поставщика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер организации здравоохранения

(поставщика): _____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для формы на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

| | |
|--|--|
| | Приложение 76 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Информация о структуре расходов

при оказании медицинских услуг онкологическим больным

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

(наименование организации здравоохранения)

| № П/№ п /п | Наименование расходов | Расходы в месяц, тыс.тенге | | |
|------------------|--|----------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| | | Всего | за счет бюджетных средств | за счет внебюджетных средств |
| А | Б | 2 | 3 | 4 |
| | Кредиторская задолженность на начало периода | | | |
| | в том числе | | | |
| | по заработной плате | | | |
| | по медикаментам и прочим средствам медицинского назначения | | | |
| | Кредиторская задолженность на конец периода | | | |

| | | | | |
|-----|---|--|--|--|
| | в том числе | | | |
| | по заработной плате | | | |
| | по медикаментам и прочим средствам медицинского назначения | | | |
| | Остаток средств на начало отчетного периода | | | |
| | Всего доход | | | |
| | Всего расход | | | |
| I | Текущие расходы | | | |
| 1 | Заработная плата | | | |
| 1.1 | Оплата труда | | | |
| | в том числе | | | |
| | Врачи и фармацевты (с высшим образованием), провизоры | | | |
| | Средний мед. персонал | | | |
| | Младший мед. персонал | | | |
| | Прочие | | | |
| 1.2 | Дополнительные денежные выплаты (премии и диф.оплата, единовременное пособие к отпуску, мат.помощь) | | | |
| | Врачи | | | |
| | Средний мед. персонал | | | |
| | Младший мед. персонал | | | |
| | Прочие | | | |
| | в.т.ч. дифференцированная оплата | | | |
| | Врачи | | | |
| | Средний мед. персонал | | | |
| | Младший мед. персонал | | | |
| | Прочие | | | |
| 1.3 | Компенсационные выплаты | | | |
| 2 | Налоги и другие обязательные выплаты в бюджет | | | |
| 2.1 | Социальный налог | | | |
| 2.2 | Социальные отчисления в Государственный фонд социального страхования | | | |
| 2.3 | Взносы на обязательное страхование | | | |
| 3 | Приобретение товаров | | | |
| 3.1 | Приобретение продуктов питания | | | |
| 3.2 | Приобретение медикаментов и прочих средств медицинского назначения, в том числе: | | | |
| | таргетные препараты | | | |
| | химиопрепараты | | | |
| | лекарственными средствами онкологических больных на амбулаторном уровне | | | |
| 3.3 | Приобретение прочих товаров | | | |

| | | | | |
|-----|---|--|--|--|
| | в том числе мягкого инвентаря | | | |
| 4 | Коммунальные и прочие услуги | | | |
| 4.1 | Оплата коммунальных услуг, всего | | | |
| | в том числе: | | | |
| | за горячую, холодную воду, канализацию | | | |
| | за газ, электроэнергию | | | |
| | за теплоэнергию | | | |
| 4.2 | Оплата услуг связи | | | |
| 4.3 | Прочие услуги и работы, в том числе | | | |
| | иммуногистохимические исследования | | | |
| | замена источника для гаматерапевтических аппаратов | | | |
| | сервисное обслуживание лучевого аппарата | | | |
| | на повышение квалификации и переподготовку кадров | | | |
| | на оплату услуг, оказанных онкологическим больным другими онкологическими диспансерами (взаиморасчет) | | | |
| 5 | Другие текущие затраты | | | |
| 5.1 | Командировки и служебные разъезды внутри страны | | | |
| | в т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения | | | |
| 5.2 | Командировки и служебные разъезды за пределы страны | | | |
| | в т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров организаций здравоохранения | | | |
| 5.3 | Прочие текущие затраты | | | |
| 6 | Лизинговые платежи | | | |
| I | Приобретение основных средств | | | |

Руководитель организации здравоохранения

(поставщика): _____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер организации здравоохранения

(поставщика): _____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для формы на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

| | |
|--|--|
| | Приложение 77 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Информация о дифференцированной оплате работников

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

(наименование организации здравоохранения)

| № п/ п | Наименование | Фактическая численность работников (человек) | | Фонд оплаты труда, тыс.тенге | в том числе дополнительные денежные выплаты | |
|--------------|---|---|---|---------------------------------------|---|---|
| | | всего | в том числе получившие дифференцированную оплату | | всего | из них на дифференцированную оплату труда |
| А | Б | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | ВСЕГО, в том числе: | | | | | |
| 1 | Врачебный персонал | | | | | |
| | в том числе: врачебный персонал на амбулаторном уровне | | | | | |
| 2 | Фармацевты (с высшим образованием), провизоры | | | | | |
| 3 | Средний медицинский персонал | | | | | |
| | в том числе: средний медицинский персонал | | | | | |

| | | | | | | |
|---|------------------------------|--|--|--|--|--|
| | на амбулаторном уровне | | | | | |
| 4 | Младший медицинский персонал | | | | | |
| 5 | Прочий персонал | | | | | |

Руководитель организации здравоохранения

(поставщика): _____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер организации здравоохранения

(поставщика): _____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для формы на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

| | |
|--|--|
| | Приложение 78 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Информация о повышении квалификации и переподготовке кадров

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

(наименование организации здравоохранения)

| | | | | | | |
|--|--|--|-------------|--|--|--|
| | | | в том числе | | | |
| | | | | | | |

| № п /п | Наименование | Всего, человек | Врачей | Фармацевтов (с высшим образованием), провизоров | Средних медицинских работников | Средних фармацевтических работников | Специалистов с немедицинским образованием | Всего сумма, тыс. тенг |
|--------|-----------------------------|----------------|--------|---|--------------------------------|-------------------------------------|---|------------------------|
| А | Б | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. | Всего специалистов, из них: | | | | | | | х |
| 11.1 | повысили квалификацию | | | | | | | |
| 1.2 | прошли переподготовку | | | | | | | |
| | ИТОГО | | | | | | | |

Руководитель организации здравоохранения

(поставщика): _____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер организации здравоохранения

(поставщика): _____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для формы на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

| | |
|--|--|
| | Приложение 79 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Перечень случаев, подлежащих снятию и не подлежащих оплате,

в том числе частично, по результатам контроля качества и объема

оказанной стационарной и стационарозамещающей медицинской

помощи сельскому населению

| № п/п | № кода | Наименование | Единица измерения | Подлежит снятию от стоимости гарантированного компонента утвержденного комплексного подушевого норматива (КПН) сельскому населению на 1 жителя в месяц | |
|-------|--------|---|----------------------|--|---|
| | | | | субъекты здравоохранения с прикрепленным населением | субъекты здравоохранения без прикрепленного населения |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | 1.1 | Случаи госпитализации без медицинских показаний | 1 пролеченный случай | 8 кратный размер КПН | 15 кратный размер КПН |
| 2 | 1.2 | Случаи некорректного ввода данных пациента в ЭРСБ | 1 пролеченный случай | 3 кратный размер КПН | 5 кратный размер КПН |
| 3 | 1.4 | Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания) | 1 пролеченный случай | 8 кратный размер КПН | 15 кратный размер КПН |
| 4 | 1.5 | Не подтвержденные случаи оказания медицинской помощи в рамках ГОБМП | 1 пролеченный случай | 20 кратный размер КПН | 40 кратный размер КПН |
| | 1.6 | Случаи необоснованного отклонения лечебно – диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 20 кратный размер КПН | 40 кратный размер КПН |
| 5 | 2.1 | Обоснованные жалобы на качество оказанных медицинских услуг | | | |
| 6 | 2.1.1 | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 15 кратный размер КПН | 30 кратный размер КПН |
| 7 | 2.1.2 | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 15 кратный размер КПН | 30 кратный размер КПН |
| 8 | 2.1.3 | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП | 1 пролеченный случай | 15 кратный размер КПН | 30 кратный размер КПН |
| | | | | | |

| | | | | | |
|----|-------|--|----------------------|---|-----------------------|
| 9 | 2.1.4 | Нарушение этики медицинскими работниками | 1 пролеченный случай | 4 кратный размер КПН | 8 кратный размер КПН |
| 10 | 2.2 | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП | 1 пролеченный случай | На сумму затрат, подтвержденных документально | |
| 11 | 2.3 | Случаи летальных исходов (предотвратимые) | 1 пролеченный случай | 25 кратный размер КПН | 50 кратный размер КПН |
| 12 | 2.4* | Случаи осложнений, возникших в результате лечения | | | |
| 13 | 2.4.1 | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 15 кратный размер КПН | 30 кратный размер КПН |
| 14 | 2.4.2 | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | 1 пролеченный случай | 15 кратный размер КПН | 30 кратный размер КПН |

* - не учитываются осложнения, имевшиеся на момент поступления

в стационар.

| | |
|--|--|
| | Приложение 80 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Перечень случаев госпитализации с осложнениями за отчетный

период, прошедших контроль качества после оценки субъекта

мониторинга и анализа гарантированного объема бесплатной

медицинской помощи, за исключением случаев с летальными исходами

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

Свод по _____

(наименование области)

(наименование субъекта здравоохранения районного значения и села)

форма медицинской помощи (стационарная, стационарозамещающая)

| № п / п | ИИН | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | Код по Перечню* | | Кс сл |
|---|-----|---------------------|---------------------|--------------|---------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-----------------|---|-------|
| | | | | | Код МКБ - 10 | Наименование | Код | Наименование | 2.4 | Маркировка эксперта мониторинга и анализа ГОБМП | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Случаи круглосуточного стационара | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Итого по круглосуточному стационару | | | | | | | | | | | |
| Случаи дневного стационара и стационара на дому | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Итого по дневному стационару и стационару на дому | | | | | | | | | | | |
| ВСЕГО | | | | | | | | | | | |

Примечание:

* - при обнаружении случая, не подлежащего к оплате, в том

числе частично столбцы 10-11 маркируется знаком "+", в строке "итого"

граф 10-11 указываются сумма случаев с "+".

В сводном перечне (приложение 16 к настоящим Правилам)

указываются случаи, подтвержденные экспертом ТД КМФД.

Руководитель ТД КМФД _____/_____

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

Должностное лицо ТД ККМФД _____ / _____

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

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

| | |
|--|--|
| | Приложение 81 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Перечень случаев с летальным исходом по результатам контроля

качества за отчетный и предыдущие периоды

период с " ____ " _____ 20 __ года

по " ____ " _____ 20 __ года и предыдущие периоды

| № п / п | Наименование субъекта здравоохранения | Ф.И.О. больного | ИИН | Дата поступления | Дата смерти | № медицинской карты | Диагноз (код МКБ-10) | Количество случаев* | Подтвержден ** | Не подтвержден ** |
|--|---------------------------------------|-----------------|-----|------------------|-------------|---------------------|----------------------|---------------------|----------------|-------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| Всего за отчетный период | | x | | x | x | x | x | | | |
| Всего за предыдущие периоды | | x | | x | x | x | x | | | |
| ИТОГО за отчетный и предыдущие периоды | | x | | x | x | x | x | | | |

Руководитель ТД ККМФД _____ / _____

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

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20 ____ года

Примечание:

*В графе 9 "количество случаев" каждый случай обозначается

цифрой "1", в строке всего указывается сумма всех случаев,

**Графы 10 и 11 отмечаются в соответствии с заключением эксперта

знаком "+", в строке "всего" граф 10 и 11 указываются суммы случаев с

"+".

| | |
|--|--|
| | Приложение 82 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Перечень

случаев по результатам контроля качества и объема услуг

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи при

оказании стационарной и стационарозамещающей помощи

субъектами здравоохранения районного значения и села

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

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

(наименование субъекта здравоохранения районного значения и села)

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

| Код по Перечню | Наименование случая | Подлежит снятию и не подлежит оплате, в том числе частично | |
|--|--|--|--------------|
| | | Количество случаев | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| I. Перечень случаев госпитализации с осложнениями за отчетный период, прошедших контроль качества и объема после оценки субъекта мониторинга и анализа ГОБМП, за исключением случаев с летальными исходами | | | |
| всего дефектов, из них по видам нарушений: | | | |
| 2.4 | Случаи осложнений, возникших в результате лечения | х | х |
| 2.4.1 | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения | | |
| 2.4.2 | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | | |
| II. Перечень летальных случаев за отчетный период и предыдущий период, прошедшие контроль | | | |
| всего дефектов, из них по видам нарушений: | | | |
| 2.3 | Случаи летальных исходов (предотвратимых) | | |
| III. Перечень случаев за отчетный и предыдущие периоды, выявленных ТД ККМФД по результатам выборочных, внеплановых проверок и иных форм контроля и подлежащих частичной оплате и не подлежащих оплате | | | |
| за отчетный период | | | |
| за прошедший период | | | |
| всего дефектов, из них по видам нарушений: | | | |
| 1.1 | Случаи госпитализации без медицинских показаний | | |
| 1.2. | Случаи некорректного ввода данных пациента в регистр | | |
| 1.4 | Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания) | | |
| 1.5 | Неподтвержденные случаи оказания медицинской помощи в рамках ГОБМП | | |
| 2.1 | Обоснованные жалобы на качество оказанных медицинских услуг | х | х |
| 2.1.1 | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения | | |
| 2.1.2 | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | | |
| 2.1.3 | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП | | |
| 2.1.4 | Нарушение этики медицинскими работниками | | |
| 2.2 | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП | | |
| | | | |

| | | | |
|-------|---|---|---|
| 2.3 | Случаи летальных исходов (предотвратимых) | | |
| 2.4 | Случаи осложнений, возникших в результате лечения | x | x |
| 2.4.1 | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения | | |
| 2.4.2 | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | | |
| ВСЕГО | | | |

Руководитель ТД ККМФД _____ / _____

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

Должностное лицо ТД ККМФД _____ / _____

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

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20 ____ года

| | |
|--|--|
| | Приложение 83 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Перечень

случаев по результатам контроля объема услуг гарантированного

объема бесплатной медицинской помощи при оказании стационарной и

стационарозамещающей помощи субъектами здравоохранения

районного значения и села

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ года

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

(наименование субъекта здравоохранения районного значения и села)

| Код по Перечню | Наименование случая | Подлежит снятию и не подлежит оплате, в том числе частично | |
|--|--|--|--------------|
| | | Количество случаев | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| I. Перечень случаев госпитализации за отчетный период, прошедших контроль объема ТД КОМУ | | | |
| всего дефектов, из них по видам нарушений: | | | |
| 1.1 | Случаи госпитализации без медицинских показаний | | |
| 1.2. | Случаи некорректного ввода данных пациента в регистр | | |
| 1.4 | Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания) | | |
| 1.5 | Неподтвержденные случаи оказания медицинской помощи в рамках ГОБМП | | |
| ВСЕГО | | | |

Руководитель ТД КОМУ _____ / _____

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

Должностное лицо ТД КОМУ _____ / _____

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

Место печати (для отчета на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Приложение 84
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств

Форма

Сводный перечень

случаев оказания стационарной и стационарозамещающей помощи

по результатам контроля качества и объема услуг гарантированного

объема бесплатной медицинской помощи

№ _____ от " _____ " _____ 20 ____ года

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

(наименование субъекта здравоохранения районного значения и села)

| Код по Перечню | Наименование случая | Подлежит снятию и не подлежит оплате, в том числе частично | |
|---|--|--|--------------|
| | | Количество случаев | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| I. Перечень случаев госпитализации с осложнениями за отчетный период, прошедших контроль качества и объема ТД ККМФД после оценки субъекта мониторинга и анализа ГОБМП, за исключением случаев с летальными исходами | | | |
| всего дефектов, из них по видам нарушений: | | | |
| 2.4 | Случаи осложнений, возникших в результате лечения | x | X |
| 2.4.1 | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения | | |
| 2.4.2 | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | | |
| II. Перечень летальных случаев за отчетный период и предыдущий период, прошедшие контроль ТД ККМФД | | | |
| всего дефектов, из них по видам нарушений: | | | |
| 2.2 | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП | | |
| 2.3 | Случаи летальных исходов (предотвратимых) | | |
| III. Перечень случаев за отчетный и предыдущие периоды, выявленных ТД ККМФД по результатам выборочных, внеплановых проверок и иных форм контроля, подлежащих частичной оплате и не подлежащих оплате | | | |
| за отчетный период | | | |
| за прошедший период | | | |
| всего дефектов, из них по видам нарушений: | | | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| 1.1 | Случаи госпитализации без медицинских показаний | | |
| 1.2. | Случаи некорректного ввода данных пациента в регистр | | |
| 1.4 | Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания) | | |
| 1.5 | Неподтвержденные случаи оказания медицинской помощи в рамках ГОБМП | | |
| 2.1 | Обоснованные жалобы на качество оказанных медицинских услуг | x | X |
| 2.1.1 | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения | | |
| 2.1.2 | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | | |
| 2.1.3 | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП | | |
| 2.1.4 | Нарушение этики медицинскими работниками | | |
| 2.2 | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП | | |
| 2.3 | Случаи летальных исходов (предотвратимых) | | |
| 2.4 | Случаи осложнений, возникших в результате лечения | | |
| 2.4.1 | Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения | | |
| 2.4.2 | Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения | | |
| IV. Перечень случаев госпитализации за отчетный период, прошедших контроль объема подлежащих частичной оплате и не подлежащих оплате ТД КОМУ | | | |
| всего дефектов, из них по видам нарушений: | | | |
| 1.1 | Случаи госпитализации без медицинских показаний | | |
| 1.2. | Случаи некорректного ввода данных пациента в регистр | | |
| 1.4 | Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания) | | |
| 1.5 | Неподтвержденные случаи оказания медицинской помощи в рамках ГОБМП | | |
| ВСЕГО | | | |
| ИТОГО по результатам контроля всеми участниками | | | |

| | |
|--|--|
| Руководитель ТД КОМУ | Руководитель ТД ККМФД |
| _____/_____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)(для сводного перечня на бумажном носителе) | _____/_____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)(для сводного перечня на бумажном носителе) |
| | |

Место печати (для сводного перечня на бумажном носителе)

Место печати (для сводного перечня на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Примечание: * данные формируются на основании данных ИС "СУКМУ"

Приложение 85
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств

Форма

Протокол

исполнения договора на оказание гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи субъектом здравоохранения

районного значения и села

№ _____ от " ____ " _____ 20__ года

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

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

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

| № п/ п | Наименование | Предъявлено к оплате | | Сумма, подлежащая снятию, и не подлежащая оплате, в том числе частично, тенге | Принято к оплате | |
|--------------|--|-----------------------|--------------|---|-----------------------|--------------|
| | | численность населения | сумма, тенге | | численность населения | сумма, тенге |
| | Всего на оказание медицинской помощи в рамках гарантированного | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|---|--|--|--|--|--|
| 1 | объема бесплатной медицинской помощи сельскому населению, в том числе | | | | | |
| 1.1 | на оказание медицинской помощи, в том числе: | | | | | |
| | за счет трансфертов из республиканского бюджета | | | | | |
| | за счет местного бюджета | | | | | |
| 1.2 | на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, за счет трансфертов из республиканского бюджета | | | | | |

в том числе Перечень случаев, подлежащих снятию и не подлежащих

оплате, в том числе частично по результатам контроля качества и

объема оказанной стационарной и стационарозамещающей медицинской

помощи

| Код по Перечню | Наименование случая | Подлежит снятию и не подлежит оплате, в том числе частично | |
|----------------|--|--|--------------|
| | | Количество случаев | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| I. | Перечень случаев госпитализации с осложнениями за отчетный период, прошедших контроль качества и объема ТД ККМФД после оценки субъекта мониторинга и анализа ГОБМП, за исключением случаев с летальными исходами | | |
| II. | Перечень летальных случаев за отчетный период и предыдущий период, прошедшие контроль ТД ККМФД | | |
| III. | Перечень случаев за отчетный и предыдущие периоды, выявленных ТД ККМФД по результатам по результатам выборочных, внеплановых проверок и иных форм контроля, подлежащих частичной оплате и не подлежащих оплате | | |
| | за отчетный период | | |
| | за прошедший период | | |
| IV. | Перечень случаев госпитализации за отчетный период, прошедших контроль объема подлежащих частичной оплате и не подлежащих оплате ТД КОМУ | | |

ВСЕГО

в том числе сумма на стимулирование работников за достигнутые

индикаторы конечного результата деятельности субъекта

здравоохранения, оказывающего ПМСП

| № п / п | Индикаторы оценки деятельности | Предъявлено к оплате | | | | | Принято к оплате |
|---------|--|----------------------|------------------------|-------------------|----------------------------------|--------------|------------------|
| | | Целевой показатель | Фактический показатель | Количество баллов | % достижения целевого показателя | Сумма, тенге | Сумма, тенге |
| Итого | | | | | | | |
| 1 | Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП | | | | | | |
| 2 | Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП | | | | | | |
| 3 | Своевременно диагностированный туберкулез легких | | | | | | |
| 4 | Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 1-2 стадии | | | | | | |
| 5 | Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечнососудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт) | | | | | | |
| 6 | Обоснованные жалобы | | | | | | |

Лизинговые платежи

| Наименование | Количество услуг предъявленных к оплате | Предъявленная сумма лизингового платежа к оплате, тенге | Количество услуг к снятию с оплаты | Сумма лизингового платежа к снятию с оплаты | Количество услуг принятых к оплате | Принято к оплате сумма лизингового платежа, тенге |
|--------------|---|---|------------------------------------|---|------------------------------------|---|
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|

Иные выплаты/вычеты

| №п/п | Основание | Согласно решения комиссии | |
|-------|-----------|---------------------------|---------------------|
| | | Сумма выплаты, тенге | Сумма вычета, тенге |
| | | | |
| ИТОГО | | | |

Всего предъявлено к оплате _____ тенге

Всего принято к оплате _____ тенге

Председатель: _____/_____

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

(для протокола на бумажном носителе)

Члены комиссии: _____/_____

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

(для протокола на бумажном носителе)

_____/_____

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

(для протокола на бумажном носителе)

| | |
|--|--|
| | Приложение 86 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Акт выполненных работ (услуг), оказанных

в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской

помощи субъектом здравоохранения районного значения и села

№ _____ от "___" _____ 20__ года

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

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

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Общая сумма по Договору

_____ тенге

Общая сумма выплаченного

аванса _____ тенге

Общая сумма оплаченных (оказанных)

услуг _____ тенге

Общая сумма лизинговых платежей на текущий год согласно

Договору _____ тенге

Комплексный подушевой норматив в расчете на одного прикрепленного

человека в месяц _____ тенге

в том числе:

гарантированная часть комплексного подушевого

норматива _____тенге

стимулирующая часть комплексного подушевого

норматива _____тенге

| № п/ п | наименование | Предъявлено к оплате | | Принято к оплате | |
|--------------|---|--------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|
| | | численность населения | сумма , тенге | численность населения | сумма , тенге |
| 1 | Всего на оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению, в том числе: | | | | |
| 1.1 | на оказание амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе: | | | | |
| | за счет трансфертов из республиканского бюджета | | | | |
| | за счет средств местного бюджета | | | | |
| 1.2 | на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечных результатов деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП, за счет трансфертов из республиканского бюджета | | | | |

в том числе сумма на стимулирование работников за достигнутые

индикаторы конечного результата деятельности субъекта

здравоохранения, оказывающего ПМСП

| № п / п | Индикаторы оценки деятельности | Предъявлено к оплате | | | | | Принято к оплате |
|------------------|---|-----------------------|---------------------------|----------------------|---|---------------------|------------------------|
| | | Целевой показатель | Фактический показатель | Количество баллов | % достижения целевого показателя | Сумма , тенге | Сумма, тенге |
| | Итого | | | | | | |
| 1 | Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП | | | | | | |
| | Детская смертность от 7 дней до 5 лет, | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 2 | предотвратимая на уровне ПМСП | | | | | | |
| 3 | Своевременно диагностированный туберкулез легких | | | | | | |
| 4 | Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 1-2 стадии | | | | | | |
| 5 | Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечнососудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт) | | | | | | |
| 6 | Обоснованные жалобы | | | | | | |

Лизинговые платежи

| Наименование | Количество услуг предъявленных к оплате | Предъявленная сумма лизингового платежа к оплате, тенге | Количество услуг к снятию с оплаты | Сумма лизингового платежа к снятию с оплаты | Количество услуг принятых к оплате | Принято к оплате сумма лизингового платежа, тенге |
|---|---|---|------------------------------------|---|------------------------------------|---|
| Всего с использованием медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга | | | | | | |

Иные выплаты/вычеты

| №п/п | Основание | Согласно решения комиссии | |
|-------|-----------|---------------------------|---------------------|
| | | Сумма выплаты, тенге | Сумма вычета, тенге |
| | | | |
| ИТОГО | | | |

Всего принято к оплате:

_____ тенге

в том числе возмещение лизинговых платежей

_____ тенге

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса

_____ тенге

Сумма к удержанию лизинговых платежей

_____ тенге

Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит удержанию в

следующий период _____ тенге

Итого к перечислению

_____ тенге

в том числе возмещение лизинговых платежей

_____ тенге

| | |
|---|---|
| Заказчик _____ (Наименование субъекта здравоохранения) Адрес _____ БИН _____ ИИН _____ БИК _____ Наименование банка _____ Код _____ КБЕ _____ Руководитель _____/_____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для акта на бумажном носителе) Место печати (для акта на бумажном носителе) | Поставщик _____ (Наименование субъекта здравоохранения) Адрес _____ БИН _____ ИИН _____ БИК _____ Наименование банка _____ КБЕ _____ Руководитель _____/_____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для акта на бумажном носителе) Место печати (для акта на бумажном носителе) |
|---|---|

Форма

СЧЕТ-РЕЕСТР

за оказание медицинской помощи прикрепленному населению

в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

субъектом здравоохранения районного значения и села

№ _____ от "___" _____ 20__ года

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

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

Наименование субъекта здравоохранения: _____

Наименование бюджетной программы: _____

Количество прикрепленного населения _____ человек

Комплексный подушевой норматив в расчете на одного прикрепленного

человека в месяц _____ тенге

в том числе:

гарантированная часть комплексного подушевого норматива

_____ тенге

стимулирующая часть комплексного подушевого норматива

_____ тенге

| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате (тенге) |
|-----------------|--|------------------------------|
| А | Б | В |
| 1. | Всего на оказание медицинской помощи населению, в том числе: | |
| 1.1 | на оказание медицинской помощи, в том числе: | |
| | за счет трансфертов из республиканского бюджета | |
| | за счет местного бюджета | |
| 1.2 | на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП за счет трансфертов из республиканского бюджета | |
| 2. | Сумма лизингового платежа | |
| Итого к оплате: | | |

Руководитель субъекта

здравоохранения (поставщика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта

здравоохранения (поставщика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

К данному счет-реестру прилагаются следующие приложения:

данные о динамике численности и структуре прикрепленного

населения по данным портала "Регистр прикрепленного населения" по

форме согласно таблице 1 к счет-реестру за оказание медицинской помощи прикрепленному населению в рамках ГОБМП субъектом села;

сумма на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП, по форме согласно таблице 2 к счет-реестру за оказание медицинской помощи прикрепленному населению в рамках ГОБМП субъектом села;

реестр оказанных услуг первичной медико-санитарной помощи по форме согласно таблице 3 к счет-реестру за оказание медицинской помощи прикрепленному населению в рамках ГОБМП субъектом села;

реестр КДУ, оказанных без привлечения субподрядчика по форме согласно таблице 4 к счет-реестру за оказание медицинской помощи прикрепленному населению в рамках ГОБМП субъектом села;

реестр КДУ оказанных с привлечением субподрядчика по форме согласно таблице 5 к счет-реестру за оказание медицинской помощи прикрепленному населению в рамках ГОБМП субъектом села;

реестр оказанных услуг скорой медицинской помощи по форме согласно таблице 6 к счет-реестру за оказание медицинской помощи прикрепленному населению в рамках ГОБМП субъектом села;

персонифицированный реестр выписанных больных, которым оказана

стационарная и стационарозамещающая помощь по форме согласно таблице

7 к счет-реестру за оказание медицинской помощи прикрепленному

населению в рамках ГОБМП субъектом села;

реестр КДУ, оказанных с использованием медицинской техники,

приобретенной на условиях финансового лизинга по форме согласно

таблице 8 к счет-реестру за оказание медицинской помощи

прикрепленному населению в рамках ГОБМП субъектом села.

Таблица 1

к счет-реестру за оказание

медицинской помощи прикрепленному

населению в рамках гарантированного

объема бесплатной медицинской

помощи субъектом здравоохранения

районного значения и села

Форма

Данные о динамике численности и структуре прикрепленного

населения по данным портала "Регистр прикрепленного населения"*

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

человек

| | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|
| | Количество прикрепленного населения | Количество открепленного населения | |
|--|---|---------------------------------------|--|

| Численность прикрепленного населения на начало отчетного периода | Итого | в т.ч. по свободному выбору | Итого | в т.ч. по причинам | | | Численность прикрепленного населения на конец отчетного периода |
|--|-------|-----------------------------|-------|----------------------------|--------|-------|---|
| | | | | отказ по свободному выбору | смерть | выезд | |
| | | | | | | | |

| Половозрастная структура прикрепленного населения на конец отчетного периода | | | |
|--|-------|--------------|---------|
| Возраст | Итого | в том числе: | |
| | | Мужчины | Женщины |
| 0-12 месяцев | | | |
| 12 месяцев - 4 года | | | |
| 5-9 лет | | | |
| 10-14 лет | | | |
| 15-19 лет | | | |
| 20-29 лет | | | |
| 30-39 лет | | | |
| 40-49 лет | | | |
| 50-59 лет | | | |
| 60-69 лет | | | |
| 70 и старше | | | |
| Итого: | | | |

Подтверждаем, что

1) количеству прикрепленного населения за отчетный период

соответствует:

по свободному выбору: количеству заявлений граждан и копии

документов, удостоверяющих их личность;

по территориальному распределению: (указать приказ управления

здравоохранения);

2) количеству открепленного населения соответствует:

по смерти: количеству справок о смерти /перинатальной смерти

по выезду за пределы страны: количеству заявлений граждан и копии

документов, удостоверяющих их личность

Руководитель субъекта

здравоохранения (поставщика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта

здравоохранения (поставщика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Проверено:

Руководитель СИ _____/_____

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

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Примечание:

*данная таблица представляется субъектами села, оказывающими ПМСП, в

качестве информации о динамике численности и структуре прикрепленного

населения по данным портала "Регистр прикрепленного населения" и не

вливают на оплату за отчетный период.

Таблица 2

к счет-реестру за оказание

медицинской помощи прикрепленному

населению в рамках гарантированного

объема бесплатной медицинской

помощи субъектом здравоохранения

районного значения и села

Форма

Сумма на стимулирование работников за достигнутые

индикаторы конечного результата деятельности субъекта

здравоохранения, оказывающего ПМСП

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

| № п/п | Наименование | Плановый показатель | Фактический показатель* |
|-------|---|---------------------|-------------------------|
| 1 | Численность прикрепленного населения, человек | | |
| 2 | Количество среднего медицинского персонала на одну врачебную должность, в т.ч. | | |
| | на терапевтическом участке | | |
| | на педиатрическом участке | | |
| | на участке семейного врача/ВОП | | |
| 3 | Обеспеченность социальными работниками на 10 000 человек прикрепленного населения | | |
| 4 | Обеспеченность психологами на 10 000 человек прикрепленного населения | | |
| | | | |

| | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|
| 5 | Коэффициент медицинской организации | | |
|---|-------------------------------------|--|--|

| № п/п | Индикаторы оценки деятельности | Плановый показатель | | | Предъявлено к оплате | | |
|-------|--|---------------------|-------------------|--------------|------------------------|-------------------|----------------------------------|
| | | Целевой показатель | Количество баллов | Сумма, тенге | Фактический показатель | Количество баллов | % достижения целевого показателя |
| Итого | | | | | | | |
| 1 | Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП | | | | | | |
| 2 | Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП | | | | | | |
| 3 | Своевременно диагностированный туберкулез легких | | | | | | |
| 4 | Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 1-2 стадии | | | | | | |
| 5 | Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечнососудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт) | | | | | | |
| 6 | Обоснованные жалобы | | | | | | |

Руководитель субъекта

здравоохранения (поставщика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта

здравоохранения (поставщика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Примечание:

*расчет фактического показателя приведен на основании данных портала

"Регистр прикрепленного населения"

**значение целевого показателя установлено в соответствии с

Соглашением о результатах по целевым трансфертам на текущий

финансовый год, заключенным между Министром здравоохранения

Республики Казахстан и Акимом области, городов республиканского

значения и столицы и соответствует данным портала "ДКПН";

количество баллов указано в максимальном значении в соответствии с

приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября

2009 года № 801 "Об утверждении Методики формирования тарифов и

планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи";

сумма распределена по индикаторам конечного результата деятельности

субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП, на основании данных по

заключенному договору на оказание ГОБМП.

*** данные соответствуют данным портала "ДКПН" после закрытия

отчетного периода в портале "ДКПН" управлением здравоохранения

областей, города республиканского значения и столицы.

Таблица 3

к счет-реестру за оказание

медицинской помощи прикрепленному

населению в рамках гарантированного

объема бесплатной медицинской

помощи субъектом здравоохранения

районного значения и села

Форма

Реестр оказанных услуг первичной медико-санитарной помощи*

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

| № п/п | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге* |
|--------|-------------------|---------------------|-------------------------|------------------|---------------|
| A | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | | | | | |
| Всего: | | | | | |

Руководитель субъекта

здравоохранения (поставщика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта

здравоохранения (поставщика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Примечание:

* данная таблица предоставляется субъектами села, оказывающими ПМСП,

на основании введенных данных в ИС "АПП";

** сумма не влияет на оплату за отчетный период.

Таблица 4

к счет-реестру за оказание

медицинской помощи прикрепленному

населению в рамках гарантированного

объема бесплатной медицинской

помощи субъектом здравоохранения

районного значения и села

Форма

Реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных без

привлечения субподрядчика*

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

| № п/п | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге* |
|--------|-------------------|---------------------|-------------------------|------------------|---------------|
| А | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | | | | | |
| Всего: | | | | | |

Руководитель субъекта

здравоохранения (поставщика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта

здравоохранения (поставщика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

"___" _____ 20__ года

Примечание:

* данные формируются на основании введенных данных в ИС "АПП";

** сумма не влияет на оплату за отчетный период.

Таблица 5

к счет-реестру за оказание
 медицинской помощи прикрепленному
 населению в рамках гарантированного
 объема бесплатной медицинской
 помощи субъектом здравоохранения
 районного значения и села

Форма

Реестр консультативно-диагностических услуг оказанных с
 привлечением субподрядчика*

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

| № п/п | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Количество услуг | Сумма, тенге** |
|--|-------------------|---------------------|-------------------------|------------------|----------------|
| А | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Наименование субподрядчика _____ (по договору субподряда от _____ № _____) | | | | | |
| в том числе: | | | | | |
| 1) услуги по договору субподряда, итого: | | | | | |
| по направлениям специалистов ПМСП, итого | | | | | |
| | | | | | |
| по экстренным показаниям, итого | | | | | |
| | | | | | |
| по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов субподрядчика (дополнительные услуги), итого | | | | | |
| | | | | | |
| 2) услуги, не включенные в договор субподряда, итого: | | | | | |
| по направлениям специалистов ПМСП, итого | | | | | |
| | | | | | |
| по экстренным показаниям, итого | | | | | |
| | | | | | |
| по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов субподрядчика (дополнительные услуги), итого | | | | | |
| | | | | | |
| Всего: | | | | | |

Руководитель субъекта

здравоохранения (поставщика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта

здравоохранения (поставщика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Примечание:

* данные формируются на основании введенных данных ИС "АПП";

** сумма не влияет на оплату за отчетный период, подлежит оплате

субподрядчикам в порядке и сроки определенные настоящими Правилами.

Таблица 6

к счет-реестру за оказание

медицинской помощи прикрепленному

населению в рамках гарантированного

объема бесплатной медицинской

помощи субъектом здравоохранения

районного значения и села

Форма

Реестр оказанных услуг скорой медицинской помощи*

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

1. Взрослые

| № п/п | Наименование бригады | Кол-во обращений | Всего выездов, включая безрезультатные | Количество лиц, которым оказана медпомощь | несчастных случаев | | | внезапных состояний | |
|-------|----------------------|------------------|--|---|--------------------|---|---------------------|---------------------|---|
| | | | | | выездов | количество лиц, которым оказана медпомощь | Амбулаторная помощь | выездов | количество лиц, которым оказана медпомощь |
| 1. | Линейная | | | | | | | | |
| 2. | Реанимационная | | | | | | | | |
| 3. | БИТ-детская | | | | | | | | |
| 4. | БИТ-взрослая | | | | | | | | |
| 5. | Акушерская | | | | | | | | |
| 6. | Психиатрическая | | | | | | | | |
| 7. | Неврологическая | | | | | | | | |
| 8. | Кардиологическая | | | | | | | | |
| 9. | Фельдшерская | | | | | | | | |

продолжение таблицы

| выездов | количество лиц, которым оказана медпомощь | Амбулаторная помощь | Количество безрезультатных выездов | Число самоотказов | Отказано за необоснованностью вызова | Количество вызовов в часы работы ПМСП (8ч 00м - 16 ч 00 м) | в т.ч. необоснованно |
|---------|---|---------------------|------------------------------------|-------------------|--------------------------------------|---|----------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

3. Подростки

| № п/п | Наименование / бригады | Кол-во обращений | Всего выездов, включая безрезультатные | Количество лиц, которым оказана медпомощь | несчастных случаев | | | внезапных состояний | |
|-------|------------------------|------------------|--|---|--------------------|---|---------------------|---------------------|---|
| | | | | | выездов | количество лиц, которым оказана медпомощь | Амбулаторная помощь | выездов | количество лиц, которым оказана медпомощь |
| 1. | Линейная | | | | | | | | |
| 2. | Реанимационная | | | | | | | | |
| 3. | БИТ-детская | | | | | | | | |
| 4. | БИТ-взрослая | | | | | | | | |
| 5. | Акушерская | | | | | | | | |
| 6. | Психиатрическая | | | | | | | | |
| 7. | Неврологическая | | | | | | | | |
| 8. | Кардиологическая | | | | | | | | |
| 9. | Фельдшерская | | | | | | | | |

продолжение таблицы

| | | | | |
|------------------------------|-------------------------|-------------------|-------------------------|-------------------|
| родов и патологии беременных | | перевозка больных | | Число самоотказов |
| выездов | количество лиц, которым | выездов | количество лиц, которым | |

| \ № п истории болезни | Ф.И.О | Дата рождения | Адрес | Дата начало лечения | Дата окончания лечения | Проведено койко-дней | Исход лечения | - 10 | Диагноз заключительный |
|-----------------------------|-------|------------------|-------|---------------------------|------------------------------|-------------------------|------------------|---------|---------------------------|
| А 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | |

Руководитель субъекта

здравоохранения (поставщика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта

здравоохранения (поставщика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Примечание: * данные формируются на основе введенных данных в ИС

"ЭРСБ"

Таблица 8

к счет-реестру за оказание

медицинской помощи прикрепленному

населению в рамках гарантированного

объема бесплатной медицинской

помощи субъектом здравоохранения

районного значения и села

Форма

Реестр консультативно-диагностических услуг, оказанных с

использованием медицинской техники, приобретенной на условиях

финансового лизинга

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

| Код медицинского оборудования | Наименование медицинского оборудования | Полный код услуги | Наименование услуги | Лизинговый платеж на 1 услугу, тенге | Количество услуг | Сумма лизингового платежа к оплате, тенге |
|-------------------------------|--|-------------------|---------------------|--------------------------------------|------------------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |
| Всего | | | | | | |

Руководитель субъекта

здравоохранения (поставщика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта

здравоохранения (поставщика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

Форма

Информация о структуре доходов

при оказании медицинской помощи субъектом здравоохранения

районного значения и села

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

По договору № _____ от "___" _____ 20__ года

| № п/ п | Наименование | Источники дохода, тыс.тенге | | |
|--------------|---|-----------------------------|--|----------------------------------|
| | | Всего | Бюджетные средства | |
| | | | за счет средств республиканского бюджета в виде ЦТТ* | за счет средств местного бюджета |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Всего | | | | |
| 1 | Доход за отчетный период, всего | | | |
| | в том числе: | | | |
| 1.1 | Оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП | | | |
| | в т.ч. на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП** | | | |
| 1.2 | Оказание медицинской помощи в рамках ГОБМП по договору субподряда | | | |
| 1.3 | Проведение скрининговых исследований целевым группам населения | | | |
| | ... другие услуги (указать) | | | |

Руководитель субъекта

здравоохранения (поставщика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта

здравоохранения (поставщика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Примечание:

*ЦТТ - целевой текущий трансферт;

** ПМСП - первичная медико-санитарная помощь.

| |
|--|
| Приложение 89 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|

Форма

Информация о структуре расходов

при оказании медицинской помощи субъектом здравоохранения

районного значения и села

| № п /п | Наименование расходов | Расходы в месяц, тыс. тенге | |
|-----------|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| | | Всего | за счет бюджетных средств |
| А | В | 1 | 2 |
| I | Кредиторская задолженность на начало периода, итого | | |
| | в том числе | | |
| | по заработной плате | | |
| | по медикаментам и прочим средствам медицинского назначения | | |
| | | | |

| | | | |
|-----|--|--|--|
| | по договору субподряда: | | |
| | - на оказание консультативно-диагностических услуг в рамках ГОБМП | | |
| | - на оказание стационарной и (или) стационарозамещающей помощи в рамках ГОБМП | | |
| | - на оказание комплекса медицинских услуг в рамках ГОБМП | | |
| II | Кредиторская задолженность на конец периода, итого | | |
| | в том числе | | |
| | по заработной плате | | |
| | по медикаментам и прочим средствам медицинского назначения | | |
| | по договору субподряда: | | |
| | - на оказание консультативно-диагностических услуг в рамках ГОБМП | | |
| | - на оказание стационарной и (или) стационарозамещающей помощи в рамках ГОБМП | | |
| | - на оказание комплекса медицинских услуг в рамках ГОБМП | | |
| III | Остаток средств на расчетном счету | | |
| IV | Всего доход | | |
| V | Всего расход | | |
| 1 | Заработная плата | | |
| 1.1 | Оплата труда | | |
| | в т.ч. | | |
| | Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры | | |
| | Средний медицинский и фармацевтический персонал | | |
| | Младший медицинский персонал | | |
| | Прочий персонал | | |
| 1.2 | Дополнительные денежные выплаты (премии и диф. оплата, единовременное пособие к отпуску, мат. помощь) | | |
| | Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры | | |
| | Средний медицинский и фармацевтический персонал | | |
| | Младший медицинский персонал | | |
| | Прочий персонал | | |
| | в.т.ч. дифференцированная оплата | | |
| | Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры | | |
| | Средний медицинский и фармацевтический персонал | | |
| | Младший медицинский персонал | | |
| | Прочий персонал | | |
| | из них стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП** | | |
| | Врачебный персонал | | |

| | | | |
|-----|---|--|--|
| | Средний медицинский персонал | | |
| | Прочий персонал (социальные работники и психологи) | | |
| 1.3 | Компенсационные выплаты | | |
| 2. | Налоги и другие обязательства в бюджет | | |
| 2.1 | Социальный налог | | |
| 2.2 | Социальные отчисления в Государственный фонд социального страхования | | |
| 2.3 | Взносы на обязательное страхование | | |
| 3. | Приобретение товаров | | |
| 3.1 | Приобретение медикаментов и прочих средств медицинского назначения | | |
| 3.2 | Приобретение прочих товаров в т.ч. мягкого инвентаря | | |
| 4. | Коммунальные и прочие услуги | | |
| 4.1 | Оплата коммунальных услуг, всего в том числе: за горячую, холодную воду, канализацию за газ, электроэнергию за теплоэнергию | | |
| 4.2 | Оплата услуг связи | | |
| 4.3 | Прочие услуги и работы, всего в т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров на оплата услуг по договору субподряда расходы на текущий ремонт за аренду | | |
| 5. | Другие текущие затраты | | |
| 5.1 | Командировки и служебные разъезды внутри страны в т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров субъекта здравоохранения | | |
| 5.2 | Командировки и служебные разъезды за пределы страны в.т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров субъекта здравоохранения другие налоги и обязательные платежи в бюджет | | |
| 5.3 | Прочие текущие затраты | | |
| 6. | Лизинговые платежи | | |
| VI | Приобретение основных средств в т.ч. оборудования стоимостью до 5 млн. тенге | | |

Руководитель субъекта

здравоохранения (поставщика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта

здравоохранения (поставщика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

| | |
|--|--|
| | Приложение 90 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Информация о структуре доходов и расходов

при оказании медицинской помощи субъектом здравоохранения

районного значения и села в разрезе структурных подразделений

| № п / п | Наименование структурного подразделения | Население | Всего доходы в месяц, тыс.тенге | в т.ч. за счет бюджетных средств | Всего расходы в месяц, тыс.тенге | в т.ч. за счет бюджетных средств |
|------------------|---|-----------|--|---|---|---|
| 1 | Всего расход | | | | | |
| | из них по: | | | | | |
| | Медицинский пункт | | | | | |
| | ... | | | | | |
| | Врачебная амбулатория | | | | | |
| | ... | | | | | |
| | Фельдшерско-акушерский пункт | | | | | |
| | ... | | | | | |

Руководитель субъекта

здравоохранения (поставщика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта

здравоохранения (поставщика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

| | |
|--|--|
| | Приложение 91 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Информация о дифференцированной оплате работников субъекта

здравоохранения районного значения и села

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

(наименование субъекта здравоохранения районного значения и села)

| № п | Наименование | Фактическая численность работников (человек) | | Фонд оплаты | в том числе дополнительные денежные выплаты | |
|--------|--------------|---|---------------------------|----------------|---|--|
| | | | в том числе получившие | | | |
| | | | | | | |

| / | | всего | дифференцированную | труда, | всего | из них на |
|---|--|-------|--------------------|-----------|-------|--------------------|
| п | | | оплату | тыс.тенге | | дифференцированную |
| А | Б | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | ВСЕГО, в том числе: | | | | | |
| 1 | Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры | | | | | |
| | в том числе: врачебный персонал ПМСП | | | | | |
| 2 | Средний медицинский и фармацевтический персонал | | | | | |
| | в том числе: средний медицинский персонал ПМСП | | | | | |
| 3 | Младший медицинский персонал | | | | | |
| 4 | Прочий персонал | | | | | |

Руководитель субъекта

здравоохранения (поставщика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта

здравоохранения (поставщика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Форма

Информация о повышении квалификации и переподготовке кадров

субъекта здравоохранения районного значения и села

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

(наименование субъекта здравоохранения районного значения и села)

| № п/ п | Наименование | Всего работников , человек | в том числе | | | | | | С с н о |
|--------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------|-----------------------------|--|--------------------------------------|--|---|------------------|
| | | | Врачей | из них врачей ПМСП | Фармацевтов (с высшим образованием) , провизоров | Средних медицинских работников | В т.ч. средних медицинских работников ПМСП | Средних фармацевтических работников | |
| А | Б | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | Всего специалистов, из них: | | | | | | | | |
| 1.1 | повысили квалификацию | | | | | | | | |
| 1.2 | прошли переподготовку | | | | | | | | |
| | ИТОГО | | | | | | | | |

Руководитель субъекта

здравоохранения (поставщика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта

здравоохранения (поставщика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

| | |
|--|--|
| | Приложение 93 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

СЧЕТ-РЕЕСТР

за оказание медицинских услуг

в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской

помощи по договору субподряда

№ _____ от " ____ " _____ 20__ года

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

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

Наименование субподрядчика: _____

Наименование субъекта здравоохранения (поставщика): _____

при оказании консультативно-диагностических услуг:

| №п/п | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Предъявлено к оплате | |
|--|-------------------|---------------------|-------------------------|----------------------|--------------|
| | | | | Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Итого за услуги по договору субподряда | | | | | |
| по направлениям специалистов ПМСП, итого | | | | | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| по экстренным показаниям, итого | | | | | |
| | | | | | |
| по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов субподрядчика (дополнительные услуги), итого | | | | | |
| | | | | | |
| Итого за услуги, не включенные в договор субподряда | | | | | |
| по направлениям специалистов ПМСП, итого | | | | | |
| | | | | | |
| по экстренным показаниям, итого | | | | | |
| | | | | | |
| по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов субподрядчика (дополнительные услуги), итого | | | | | |
| | | | | | |
| ВСЕГО | | | | | |

при оказании специализированной медицинской помощи в форме

стационарной и (или) стационарозамещающей медицинской помощи, оплата

по которым осуществляется по клинико-затратным группам:*

| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате | |
|-------|--|--------------------------------|--------------|
| | | Количество пролеченных случаев | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Всего по специализированной медицинской помощи, в том числе: | | |
| 1.1 | - стационарная медицинская помощь | | |
| 1.2 | - стационарозамещающая медицинская помощь | | |

при оказании комплекса медицинских услуг:

| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате | | |
|-------|--|-----------------------|--------------------------------|--------------|
| | | Численность населения | Комплексный подушевой норматив | сумма, тенге |
| 1 | Всего на оказание комплекса медицинских услуг, в том числе по формам: _____ (указать) | | | |

Руководитель субподрядчика _____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субподрядчика _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Примечание:

* данные в таблице заполняются на основании данных, введенных в ИС

"ЭРСБ".

К данному счет-реестру прилагается следующее приложение:

персонифицированный реестр выписанных больных, которым оказана

стационарная и стационарозамещающая помощь по форме согласно таблице

7 к счет-реестру за оказание медицинской помощи прикрепленному

населению в рамках ГОБМП субъектом села.

| | |
|--|--|
| | Приложение 94 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Персонифицированный реестр оказанных медицинских услуг

в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Итого по круглосуточному стационару | | | | | | | | | | | |
| Случаи дневного стационара и стационара на дому | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Итого по дневному стационару и стационару на дому | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | |

Руководитель субподрядчика _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для реестра на бумажном носителе)

Место печати (для реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Примечание:

* данные формируются на основании введенных данных в ИС "АПП";

** данные заполняются на основании введенных данных в ИС "ЭРСБ".

Форма

Информация о структуре доходов

при оказании медицинских услуг субподрядчиком

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

(наименование субподрядчика)

| № п/ п | Наименование услуги | Источники дохода, тыс.тенге | | |
|--------------|---|--------------------------------|--|---|
| | | ВСЕГО | в том числе бюджетные средства | |
| | | | за счет средств РБ в виде ЦТТ * | за счет средств местного бюджета |
| А | Б | 1 | 2 | 3 |
| 1 | Доход за отчетный период, всего | | | |
| | в том числе: | | | |
| 1.1 | Оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП | | | |
| 1.2 | Оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП по договору субподряда | | | |
| | в т.ч. на стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП** | | | |
| 1.3 | Проведение скрининговых исследований целевым группам населения | | | |
| | ... другие услуги (указать) | | | |

Руководитель субподрядчика _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субподрядчика _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Примечание:

*ЦТТ – целевой текущий трансферт;

** ПМСП - первичная медико-санитарная помощь.

| | |
|--|--|
| | Приложение 96 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Информация о структуре расходов

при оказании медицинских услуг субподрядчиком

| № п/ п | Наименование расходов | Расходы в месяц, тыс.тенге | |
|--------------|---|----------------------------------|---------------------------------|
| | | Всего | за счет бюджетных средств |
| A | B | 1 | 2 |
| I | Дебиторская задолженность на начало периода, в т.ч. по субъектам здравоохранения, оказывающим ПМСП (поставщик) | | |
| II | Дебиторская задолженность на конец периода, в т.ч. по субъектам здравоохранения, оказывающим ПМСП (поставщик) | | |
| III | Остаток средств на расчетном счету | | |
| IV | Всего доход | | |
| V | Всего расход | | |
| 1 | Заработная плата | | |
| 1.1 | Оплата труда | | |

| | | | |
|-----|--|--|--|
| | в т.ч. | | |
| | Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры | | |
| | Средний медицинский и фармацевтический персонал | | |
| | Младший медицинский персонал | | |
| | Прочий персонал | | |
| 1.2 | Дополнительные денежные выплаты (премии и диф. оплата, единовременное пособие к отпуску, мат. помощь) | | |
| | Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры | | |
| | Средний медицинский и фармацевтический персонал | | |
| | Младший медицинский персонал | | |
| | Прочий персонал | | |
| | в т.ч. дифференцированная оплата | | |
| | Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры | | |
| | Средний медицинский и фармацевтический персонал | | |
| | Младший медицинский персонал | | |
| | Прочий персонал | | |
| | из них стимулирование работников за достигнутые индикаторы конечного результата деятельности субъекта здравоохранения, оказывающего ПМСП | | |
| | Врачебный персонал | | |
| | Средний медицинский персонал | | |
| | Прочий персонал (социальные работники и психологи) | | |
| 1.3 | Компенсационные выплаты | | |
| 2. | Налоги и другие обязательства в бюджет | | |
| 2.1 | Социальный налог | | |
| 2.2 | Социальные отчисления в Государственный фонд социального страхования | | |
| 2.3 | Взносы на обязательное страхование | | |
| 3. | Приобретение товаров | | |
| 3.1 | Приобретение медикаментов и прочих средств медицинского назначения | | |
| 3.2 | Приобретение прочих товаров | | |
| | в т.ч. мягкого инвентаря | | |
| 4. | Коммунальные и прочие услуги | | |
| 4.1 | Оплата коммунальных услуг, всего | | |
| | в том числе: | | |
| | за горячую, холодную воду, канализацию | | |
| | за газ, электроэнергию | | |
| | за теплоэнергию | | |
| 4.2 | Оплата услуг связи | | |

| | | | |
|-----|---|--|--|
| 4.3 | Прочие услуги и работы, всего | | |
| | в т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров | | |
| | на оплату услуг по договору субподряда | | |
| | расходы на текущий ремонт | | |
| | за аренду | | |
| 5. | Другие текущие затраты | | |
| 5.1 | Командировки и служебные разъезды внутри страны | | |
| | в т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров субъекта здравоохранения | | |
| 5.2 | Командировки и служебные разъезды за пределы страны | | |
| | в.т.ч. на повышение квалификации и переподготовку кадров субъекта здравоохранения | | |
| | другие налоги и обязательные платежи в бюджет | | |
| 5.3 | Прочие текущие затраты | | |
| 6. | Лизинговые платежи | | |
| VI | Приобретение основных средств | | |
| | в т.ч. оборудования стоимостью до 5 млн. тенге | | |

Руководитель субподрядчика _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субподрядчика _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

| | |
|--|--|
| | Приложение 97 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

Информация о дифференцированной оплате труда работников

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

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

(наименование субподрядчика)

| № п/ п | Наименование | Фактическая численность работников (человек) | | Дополнительные денежные выплаты, тыс. тенге | |
|--------------|--|---|---|--|---|
| | | всего | в том числе получившие дифференцированную оплату | всего | в т.ч. на дифференцированную оплату труда |
| А | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | ВСЕГО, в том числе: | | | | |
| 1 | Врачебный персонал, фармацевты (с высшим образованием) и провизоры | | | | |
| | в том числе: врачебный персонал ПМСП | | | | |
| 2 | Средний медицинский и фармацевтический персонал | | | | |
| | в том числе: средний медицинский персонал ПМСП | | | | |
| 3 | Младший медицинский персонал | | | | |
| 4 | Прочий персонал | | | | |

Руководитель субподрядчика _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субподрядчика _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Приложение 98
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств

Форма

Информация о повышении квалификации и переподготовке кадров

по договору № ____ от " ____ " _____ 20__ года

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

(наименование субподрядчика)

| № п/п | Наименование | Всего, человек | в том числе | | | | | | | | | |
|-------|-----------------------------|----------------|-------------|------------|---|------------|--------------------------------|------------|-------------------------------------|------------|---|------------|
| | | | Врачей | | Фармацевтов (с высшим образованием), провизоров | | Средних медицинских работников | | Средних фармацевтических работников | | Специалистов с немедицинским образованием (человек) | |
| | | | человек | тыс. тенге | человек | тыс. тенге | человек | тыс. тенге | человек | тыс. тенге | человек | тыс. тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 1. | Всего специалистов, из них: | | | | | | | | | | | |
| 1.1 | повысили квалификацию | | | | | | | | | | | |
| 1.2 | прошли переподготовку | | | | | | | | | | | |
| | ИТОГО | | | | | | | | | | | |

Руководитель субподрядчика _____ / _____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субподрядчика _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

| | |
|--|--|
| | Приложение 99 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|--|

Форма

СЧЕТ-РЕЕСТР

оказанных услуг иногородним больным в рамках гарантированного

объема бесплатной медицинской помощи

№ _____ от " ____ " _____ 20__ года

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

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

Наименование субподрядчика: _____

Наименование субъекта здравоохранения (поставщика): _____

при оказании консультативно-диагностических услуг:

| №п/п | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Предъявлено к оплате | |
|-------|-------------------|---------------------|-------------------------|----------------------|--------------|
| | | | | Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | | | | |
| ВСЕГО | | | | | |

при оказании стационарной и (или) стационарозамещающей медицинской

помощи, оплата по которым осуществляется по клинико-затратным

группам:*

| № п / п | Наименование | Номер группы | Код диагноза / операции | Коэффициент затратоемкости по КЗГ | Количество пролеченных больных | Предъявлено к оплате, тенге | в том числе | |
|---------|--|--------------|-------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------|-------------|
| | | | | | | | Сумма на химиопрепараты | Су на лу те |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | Всего случаев по 1 специализированной . медицинской помощи, в том числе: | | | | | | | |
| | -стационарная помощь | | | | | | | |
| | -стационарозамещающая помощь, в том числе: | | | | | | | |
| | дневной стационар | | | | | | | |
| | Всего случаев по 2 высокоспециализированной . медицинской помощи, в том числе: | | | | | | | |
| | -стационарная помощь | | | | | | | |
| | -стационарозамещающая помощь, в том числе: | | | | | | | |
| | дневной стационар | | | | | | | |

Руководитель субъекта здравоохранения

(субподрядчика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Главный бухгалтер субъекта здравоохранения

(субподрядчика): _____/_____

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

(для счета-реестра на бумажном носителе)

Место печати (для счета-реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Примечание:

* данные формируются на основании введенных данных в ИС "ЭРОБ";

Таблица

к счет-реестру за оказанные

услуги гарантированног объема

бесплатной медицинско помощи

иногогородним больным

Реестр оказанных медицинских услуг иногогородним больным

в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

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

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

при оказании консультативно-диагностических услуг:*

| №п/ п | Вид помощи** | ИИН | № медицинской карты | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Предъявлено к оплате | |
|----------|-----------------|-----|---------------------------|----------------------|------------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|
| | | | | | | | Количество услуг | Сумма , тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Итого | | | | | | | | |

при оказании стационарной и (или) стационарозамещающей медицинской

доброкачественными новообразованиями.

Приложение 100
к Правилам возмещения затрат
организациям здравоохранения
за счет бюджетных средств

Форма

Протокол

исполнения договора субподряда на оказание гарантированного

объема бесплатной медицинской помощи иногородним больным

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

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

Наименование субподрядчика:

Наименование субъекта здравоохранения (поставщик):

при оказании консультативно-диагностических услуг:*

| № п / п | Вид помощи ** | ИИН | № медицинской карты | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Предъявлено к оплате | | Сумма, подлежащая снятию, и не подлежащая оплате, в том числе частично, тенге | Принято к оплате | |
|---------|---------------|-----|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------------|----------------------|--------------|---|------------------|--------------|
| | | | | | | | Количество услуг | Сумма, тенге | | Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Итого | | | | | | | | | | | |

при оказании стационарной и (или) стационарозамещающей медицинской

| | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Итого | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

при оказании лучевой терапии:*

| № п/п | ИИН | № медицинской карты | Основной заключительный диагноз | | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Предъявлено к оплате | | Сумма, подлежащая снятию, и не подлежащая оплате, в том числе частично, тенге | Принята к оплате |
|-------|-----|---------------------|---------------------------------|--------------|-------------------|---------------------|-------------------------|----------------------|--------------|---|------------------|
| | | | Код МКБ - 10 | Наименование | | | | Количество сеансов | Сумма, тенге | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Итого | | | | | | | | | | | |

| № п/п | Основание | Согласно решения комиссии | |
|-------|-----------|---------------------------|---------------------|
| | | Сумма выплаты, тенге | Сумма вычета, тенге |
| | | | |
| Итого | | | |

Председатель: _____/_____

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

Представители субъекта здравоохранения

(поставщик): _____/_____

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

Представители субподрядчика:

_____/_____

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

Примечание:

* данные формируются на основании введенных данных в ИС "ЭРОБ";

** вид помощи: медицинская помощь онкологическим больным; медицинская помощь больным для верификации диагноза; медицинская помощь больным с доброкачественными новообразованиями.

| | |
|--|---|
| | Приложение 101 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|---|

Форма

Акт выполненных работ (услуг),

оказанных медицинских услуг в рамках гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи иногородним больным

№ _____ от "___" _____ 20__ года

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

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

Наименование субподрядчика:

Общая сумма Договора субподряда:

_____ тенге

Общая сумма выплаченного аванса:

_____ тенге

Общая сумма исполненных (оказанных)

услуг _____ тенге

при оказании консультативно-диагностических услуг*:

| № п / п | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Предъявлено к оплате | | Сумма, подлежащая снятию, и не подлежащая оплате, в том числе частично, тенге | Принято к оплате | |
|---------|-------------------|---------------------|-------------------------|----------------------|--------------|---|------------------|--------------|
| | | | | Количество услуг | Сумма, тенге | | Количество услуг | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Итого | | | | | | | | |

при оказании стационарной и (или) стационарозамещающей медицинской

помощи, оплата по которым осуществляется по клинико-затратным

группам:*

| № п / п | Наименование | Номер группы | Код диагноза / операции | Коэффициент затратоемкости по КЗГ | Количество пролеченных больных | Предъявлено к оплате, тенге | в том числе | |
|---------|--|--------------|-------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------|-------------|
| | | | | | | | Сумма на химиопрепараты | Су на лу те |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1 | Всего случаев по специализированной медицинской помощи, в том числе: | | | | | | | |
| | -стационарная помощь | | | | | | | |
| | - стационарозамещающая помощь, в том числе: | | | | | | | |
| | дневной стационар | | | | | | | |
| 2 | Всего случаев по высокоспециализированной медицинской помощи, в том числе: | | | | | | | |
| | -стационарная помощь | | | | | | | |
| | - стационарозамещающая помощь, в том числе: | | | | | | | |
| | дневной стационар | | | | | | | |

Иные выплаты/вычеты

| № п/п | Основание | Согласно решения комиссии | |
|-------|-----------|---------------------------|---------------------|
| | | Сумма выплаты, тенге | Сумма вычета, тенге |
| | | | |
| Итого | | | |

Всего принято к оплате:

_____ тенге

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса

_____ тенге

Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит удержанию в

следующий период _____ тенге

Итого к перечислению

_____ тенге

| | |
|---|--|
| Поставщик _____ (наименование) Руководитель _____/_____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для акта на бумажном носителе) | Субподрядчик _____ (наименование) Руководитель _____/_____ (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) (для акта на бумажном носителе) |
| Место печати (для акта на бумажном носителе) | Место печати (для акта на бумажном носителе) |

Примечание:

* данные формируются на основании введенных данных в ИС "ЭРОБ";

| | |
|--|---|
| | Приложение 102 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|---|

Форма

Протокол

исполнения договора субподряда на оказание медицинских услуг

в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

№ _____ от "___" _____ 20__ года

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

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

Наименование субподрядчика:

Наименование субъекта здравоохранения (поставщик):

при оказании консультативно-диагностических услуг:*

| №п/п | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость услуги, тенге | Предъявлено к оплате | | Сумма, подлежащая снятию, и не подлежащая оплате, в том числе частично, тенге * | Сумма принятая к оплате, тенге |
|--|-------------------|---------------------|-------------------------|----------------------|--------------|---|--------------------------------|
| | | | | Количество услуг | Сумма, тенге | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Итого за услуги по договору субподряда | | | | | | | |
| по направлениям специалистов ПМСП, итого | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| по экстренным показаниям, итого | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов субподрядчика (дополнительные услуги), итого | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Итого за услуги, не включенные в договор субподряда | | | | | |
| по направлениям специалистов ПМСП, итого | | | | | |
| по экстренным показаниям, итого | | | | | |
| по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов субподрядчика (дополнительные услуги), итого | | | | | |
| ВСЕГО | | | | | |

при оказании специализированной медицинской помощи в форме

стационарной и (или) стационарозамещающей медицинской помощи, оплата

по которым осуществляется по клинико-затратным группам:**

| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате | | Сумма, подлежащая снятию, и не подлежащая оплате, в том числе частично, тенге | Сумма принятая к оплате, тенге |
|-------|--|--------------------------------|--------------|---|--------------------------------|
| | | Количество пролеченных случаев | Сумма, тенге | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Всего по специализированной медицинской помощи, в том числе: | | | | |
| 1.1 | - стационарная медицинская помощь | | | | |
| 1.2 | - стационарозамещающая медицинская помощь | | | | |

при оказании комплекса медицинских услуг:

| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате | | | Сумма принятая к оплате, тенге |
|-------|---|-----------------------|--------------------------------|--------------|--------------------------------|
| | | Численность населения | Комплексный подушевой норматив | сумма, тенге | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Всего на оказание комплекса медицинских услуг, в том числе по формам: _____ (указать) | | | | |

Иные выплаты/вычеты

| № п/п | Основание | Согласно решения комиссии | |
|-------|-----------|---------------------------|---------------------|
| | | Сумма выплаты, тенге | Сумма вычета, тенге |
| | | | |
| ИТОГО | | | |

Председатель: _____/_____

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

Представители субъекта здравоохранения

(поставщик): _____/_____

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

Представители субподрядчика:

_____/_____

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

Примечание:

*В случае если консультативно-диагностические услуги не подлежат оплате, в том числе частично, то к данному протоколу прилагаются приложения по форме согласно таблице 1.

** В случае если специализированная медицинская помощь в форме стационарной и (или) стационарозамещающей медицинской помощи не подлежат оплате, в том числе частично, то к данному протоколу прилагаются приложения по форме согласно таблице 1.

Таблица 1

к протоколу исполнения

договора субподряда на оказание

консультативно-диагностических

услуг в рамках гарантированного

объема бесплатной медицинской

помощи прикрепленному населению

субъекта здравоохранения,

оказывающего первичную

медико-санитарную помощь

Форма

Персонифицированный реестр оказанных медицинских услуг

в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской

помощи по договору субподряда, подлежащих снятию и не

подлежащих оплате, в том числе частично

период с "___" _____ 20__ года

по "___" _____ 20__ года

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

Наименование субподрядчика: _____

Наименование субъекта здравоохранения (поставщика):

при оказании консультативно-диагностических услуг:*

| № п / п | Ф.И.О. направившего врача ПМСП, специальность | Ф.И.О. пациента | Дата рождения | Код МКБ 10 | Полный код услуги | Наименование услуги | Стоимость одной услуги, тенге | Количество услуг | в т.ч. по типу обращ | |
|----------------------------------|---|-----------------|---------------|------------|-------------------|---------------------|-------------------------------|------------------|----------------------|--------------------------|
| | | | | | | | | | по направлению | по экстренным показаниям |
| А 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| ИТОГО по направившему врачу ПМСП | | | | | | | | | | |
| 1 ... | | | | | | | | | | |
| Всего | | | | | | | | | | |

при оказании специализированной медицинской помощи в форме

стационарной и (или) стационарозамещающей медицинской помощи:**

| № п / п | ИИН | Ф.И.О. пациента | № медицинской карты | Дата госпитализации | Дата выписки | Основной заключительный диагноз | | Основная операция | | Сумма, предъявленная к оплате, тенге | Су пс не пс оп тс ча те |
|---|-----|-----------------|---------------------|---------------------|--------------|---------------------------------|--------------|-------------------|--------------|--------------------------------------|-------------------------|
| | | | | | | Код МКБ - 10 | Наименование | Код | Наименование | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Случаи круглосуточного стационара | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Итого по круглосуточному стационару | | | | | | | | | | | |
| Случаи дневного стационара и стационара на дому | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Итого по дневному стационару и стационару на дому | | | | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | | | | |

Руководитель субподрядчика

_____ / _____

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

(для реестра на бумажном носителе)

Место печати (для реестра на бумажном носителе)

Руководитель субъекта здравоохранения (поставщика):

_____ / _____

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

(для реестра на бумажном носителе)

Место печати (для реестра на бумажном носителе)

" ____ " _____ 20__ года

Примечание:

* данные формируются на основании введенных данных в ИС "АПП";

** данные заполняются на основании введенных данных в ИС "ЭРСБ".

| | |
|--|---|
| | Приложение 103 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|---|

Форма

Акт выполненных работ (услуг),

при оказании медицинских услуг в рамках

гарантированного объема бесплатной медицинской

помощи по договору субподряда

№ _____ от " ____ " _____ 20__ года

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

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

Наименование субподрядчика:

Общая сумма Договора

_____ тенге

Общая сумма выплаченного

аванса _____ тенге

Общая сумма исполненных (оказанных)

услуг _____ тенге

при оказании консультативно-диагностических услуг:*

| № п / п | Наименования | Предъявлено к оплате | | Сумма, не подлежащая оплате, в том числе частично, тенге | Сумма принятая к оплате, тенге |
|---------|---|----------------------|-----------------|--|--------------------------------|
| | | Количество услуг | Сумма (тенге) | | |
| 1 | Итого за услуги по договору субподряда, в т.ч.: | | | | |
| | по направлениям специалистов ПМСП | | | | |
| | по экстренным показаниям | | | | |
| | по медицинским показаниям по направлениям профильных специалистов субподрядчик (дополнительные услуги) | | | | |
| 2 | Итого за услуги, не включенные в договор субподряда, в т.ч.: | | | | |
| | по направлениям специалистов ПМСП | | | | |
| | по экстренным показаниям | | | | |
| | по медицинским показаниям по направлениям профильных | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| специалистов субподрядчик (дополнительные услуги) | | | | |
| Всего | | | | |

при оказании специализированной медицинской помощи в форме

стационарной и (или) стационарозамещающей медицинской помощи:**

| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате | | Сумма, подлежащая снятию, и не подлежащая оплате, в том числе частично, тенге | Сумма принятая к оплате, тенге |
|-------|--|--------------------------------|--------------|---|--------------------------------|
| | | Количество пролеченных случаев | Сумма, тенге | | |
| 1 | Всего по специализированной медицинской помощи, в том числе: | | | | |
| 1.1 | - стационарная медицинская помощь | | | | |
| 1.2 | - стационарозамещающая медицинская помощь | | | | |

при оказании комплекса медицинских услуг:

| № п/п | Наименование | Предъявлено к оплате | | | Сумма принятая к оплате, тенге |
|-------|--|-----------------------|--------------------------------|--------------|--------------------------------|
| | | Численность населения | Комплексный подушевой норматив | сумма, тенге | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Всего на оказание комплекса медицинских услуг, в том числе по формам: _____ (указать) | | | | |

Всего принято к оплате: _____ тенге

Сумма к удержанию ранее выплаченного аванса _____ тенге

Остаток ранее выплаченного аванса, который подлежит удержанию в

следующий период _____ тенге

Итого к перечислению _____ тенге

| | |
|---|---|
| Поставщик | Субподрядчик |
| _____ | _____ |
| (наименование) | (наименование) |
| Руководитель | Руководитель |
| _____/_____ | _____/_____ |
| (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)(для акта на бумажном носителе) | (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)(для акта на бумажном носителе) |
| Место печати (для акта на бумажном носителе) | Место печати (для акта на бумажном носителе) |

Примечание:

*данные формируются на основании введенных данных в ИС "АПП";

** данные заполняются на основании введенных данных в ИС

"ЭРСБ".

| | |
|--|---|
| | Приложение 104 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|---|

Формула расчета коэффициента потребности

$$КП_{\text{ОЗМТ}} = O_{\text{МУ}} / N_{\text{МАКС}}, \text{ где}$$

$КП_{\text{ОЗМТ}}$ – коэффициент потребности лизингополучателя в медицинской технике;

$O_{\text{МУ}}$ – общее количество медицинских услуг, определяемое как наименьшее значение между количеством медицинских услуг планируемых лизингополучателем оказывать на запрашиваемой в лизинг медицинской технике в год ($O_{\text{ЗАЯВ}}$) и количеством медицинских услуг, рассчитанным

АО "КазМедТех" в год ($O_{\text{РАСЧ}}$);

Коэффициент потребности должен быть не менее 0,75. Коэффициент потребности для онкологических служб должен быть не менее 0,5 и плановое количество медицинских услуг (Оплан)

должно быть не более максимального норматива на запрашиваемую в лизинг медицинскую технику и не менее 50% от данного норматива.

$O_{расч}$ определяется по нижеследующей формуле:

$$O_{расч} = (КП_{год} \times K_{му}) - ПМ_{амт}, \text{ где}$$

$КП_{год}$ – прогнозируемое в год количество пациентов лизингополучателя, которым необходимо оказание медицинских услуг на запрашиваемой медицинской технике. Данный показатель рассчитывается с учетом:

анализа динамики количества пациентов, получивших медицинские услуги на аналогичной медицинской технике у лизингополучателя за последние 3 года;

факторов, влияющих на динамику роста или снижения количества пациентов по отделениям или нозологиям.

$$КП_{год} = КП_{год} \pm \%_{пд}, \text{ где}$$

$\%_{пд}$ – средний процент понижения или повышения динамики количества пациентов рассчитываемое как среднее арифметическое данных одного года к данным предыдущего года. В случае роста или понижения процента изменения динамики более или менее 20% в расчет берутся показания последнего или текущего, либо предыдущего года.

$K_{му}$ – прогнозируемое количество медицинских услуг на запрашиваемой медицинской технике, требующихся на одного пациента с учетом лечения определенных нозологий в отделениях лизингополучателя, согласно Протоколов диагностики и лечения, утвержденных уполномоченным органом, а также в соответствии с установленной национальной практикой лечения, международными стандартами (официальные ответы специализированных научных институтов, главных внештатных специалистов, либо по аналогии прошедших проектов АО "КазМедТех"), а также практикой лизингополучателя (официальные ответы лизингополучателя).

$ПМ_{амт}$ – годовая производственная мощность в медицинских услугах, имеющейся аналогичной или идентичной медицинской техники лизингополучателя.

$ПМ_{амт}$ определяется по нижеследующей формуле:

$$ПМ_{амт} = N_{макс} - \%_{износа} АМТ, \text{ где}$$

$N_{макс}$ – максимальный норматив на запрашиваемую в лизинг медицинскую технику, в год;

$\%_{\text{износа}}$ АМТ – процент износа аналогичной или идентичной медицинской техники лизингополучателя на момент подачи заявки в лизинг, в соответствии с информационной системой " Система управления медицинской техникой", а также учетной политикой лизингополучателя (расшифровка статьи баланса по медицинской технике с указанием процента износа). Для анализа берется в расчет процент износа на всю аналогичную медицинскую технику, а для расчета коэффициента потребности только процент износа медицинской техники дислоцирующей в районе планируемой эксплуатации запрашиваемой в лизинг медицинской техники, либо по видам оказываемых медицинских услуг.

| | |
|--|---|
| | Приложение 105 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|---|

Формула расчета срока окупаемости

Срок окупаемости медицинской техники ($C_{\text{окуп}}$) рассчитывается по нижеуказанной формуле:

$$C_{\text{окуп}} = ((C_{\text{MT}} + C_{\text{возн}}) / (N_{\text{макс}} \times C_{\text{му}})) \times 12, \text{ где}$$

$C_{\text{окуп}}$ – не должен быть более 60 месяцев;

C_{MT} – стоимость запрашиваемой медицинской техники;

$C_{\text{возн}}$ – сумма вознаграждения (5% годовых) планируемых к начислению на стоимость запрашиваемой медицинской техники за 60 месяцев;

$N_{\text{макс}}$ – количество медицинских услуг в год, согласно максимальному нормативу на запрашиваемую в лизинг медицинскую технику;

$C_{\text{му}}$ – стоимость одной медицинской услуги, из расчета:

$$C_{\text{му}} = C_{\text{ср}} + P_{\text{кап}}, \text{ где}$$

$C_{\text{ср}}$ – средняя стоимость медицинской услуги согласно действующим тарифам уполномоченного органа и типовым штатам и штатным нормативам организаций здравоохранения, утвержденным уполномоченным органом в области здравоохранения, а также по калькуляции представленной лизингополучателем;

$$C_{\text{ср}} =$$

Σ

$C_{му}/O_{заяв}$, где

\sum

$C_{му}$ – общая стоимость медицинских услуг, планируемых оказывать лизингополучателем на запрашиваемой в лизинг медицинской технике, определяемого как сумма произведений количества каждого вида медицинских услуг на их стоимость по тарифу уполномоченного органа;

$O_{заяв}$ – общее количество медицинских услуг, планируемых оказывать лизингополучателем на запрашиваемой в лизинг медицинской технике в год;

$P_{кап}$ – капитальные расходы лизингополучателя по приобретению запрашиваемой в лизинг медицинской техники на одну медицинскую услугу, которые определяются по нижеследующее формуле:

$$P_{кап} = ($$

\sum

$ЛП_{макс} / (5 \text{ лет}) / D_{год}) / U_{день}$, где

\sum

$ЛП_{макс}$ – стоимость медицинской техники с учетом вознаграждения;

$D_{год}$ – количество рабочих дней в году по производственному календарю Республики Казахстан на текущий год;

$U_{день}$ – количество услуг за один рабочий день планируемое оказывать лизингополучателем на запрашиваемой в лизинг медицинской технике, где $U_{день} = N_{макс} / D_{год}$.

| |
|---|
| Приложение 106 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|---|

Формула определения объема финансирования

по возмещению лизинговых платежей лизингополучателю за

оказанные медицинские услуги на медицинской технике,

приобретенной на условиях финансового лизинга

$$O_{\text{лп}} = O_{\text{факт}} \times \text{ЛП}_{\text{му}}, \text{ где:}$$

$O_{\text{лп}}$ – объем финансирования по возмещению лизинговых платежей лизингополучателю за оказанные медицинские услуги на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга;

$O_{\text{факт}}$ – объем медицинских услуг, фактически оказанных лизингополучателем на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга, но не более Оплан;

$\text{ЛП}_{\text{му}}$ – доля лизингового платежа на одну медицинскую услугу, оказанную лизингополучателем на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга.

| | |
|--|---|
| | Приложение 107 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|---|

Формула расчета размера лизингового платежа

Размер лизингового платежа рассчитывается методом аннуитетных платежей по нижеследующей формуле:

$$\text{ЛП}_{\text{мес}} = C_{\text{мт}} \times (P + (P / (P / (1+P)^m - 1))), \text{ где}$$

$\text{ЛП}_{\text{мес}}$ – размер лизингового платежа в месяц, определенный договором финансового лизинга;

$C_{\text{мт}}$ – стоимость запрашиваемой медицинской техники;

P – 1/12 годовой процентной ставки, выраженная в долях за месяц, например если годовая процентная ставка равна 5 %, то $P = 5/(100 \times 12)$;

m – срок лизинга в месяцах.

| | |
|--|---|
| | Приложение 108 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|---|

Форма

График лизинговых платежей

| |
|--------------------------------|
| Наименование лизингополучателя |
|--------------------------------|

| |
|---|
| Наименование предмета лизинга |
| Сумма лизинга (тенге) |
| Срок лизинга (мес.) |
| Годовая ставка вознаграждения (%) |
| Периодичность платежей |
| Сумма вознаграждения (тенге) |
| Общая сумма лизинговых платежей (тенге) |
| Валюта договора (тенге) |
| Доля лизингового платежа на одну медицинскую услугу (тенге) |
| Максимальное количество услуг на данной медицинской технике в год (ед.) |
| Дата ввода в эксплуатацию медицинской техники (день; мес; год) |

| № п/п | Дата погашения (день; мес; год) | Лизинговый платеж (тенге) | Вознаграждение (тенге) | Основной долг (тенге) | Остаток основного долга (тенге) | Плановое количество медицинских услуг в месяц (ед.) |
|-------|----------------------------------|----------------------------|------------------------|------------------------|----------------------------------|---|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |

Исполнитель: _____

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

| | |
|--|--|
| Лизингодатель: _____ _____ (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) | Лизингополучатель: _____ _____ (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись) |
|--|--|

| |
|---|
| Приложение 109 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|---|

Форма

Формула расчета доли лизингового платежа

$ЛП_{му}$ – доля лизингового платежа на одну медицинскую услугу, оказанную лизингополучателем на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга, которая определяется по нижеследующей формуле:

$$ЛП_{му} = ЛП_{мес} / O_{план}, \text{ где}$$

$ЛП_{му}$ – доля лизингового платежа на одну медицинскую услугу, оказанную лизингополучателем на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга;

$ЛП_{мес}$ – размер лизингового платежа в месяц, определенный договором финансового лизинга;

$O_{план}$ – объем медицинских услуг, планируемых оказать лизингополучателем в месяц на медицинской технике, приобретенной на условиях финансового лизинга, согласно графику лизинговых платежей.

| | |
|--|---|
| | Приложение 110 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|---|

Форма

Формула расчета максимального норматива услуг

для медицинской техники

Максимальный норматив на запрашиваемую в лизинг медицинскую технику определяется по нижеследующей формуле:

$$H_{\max} = D_{\text{год}} \times U_{\text{день}}, \text{ где}$$

$D_{\text{год}}$ – количество рабочих дней в году по производственному календарю Республики Казахстан на текущий год;

$U_{\text{день}}$ – количество медицинских услуг, оказанных за один рабочий день, которое определяется по нижеследующей формуле:

$$U_{\text{день}} = V_{\text{раб}} / (H_{\text{ср}} \times P), \text{ где}$$

$V_{\text{раб}}$ – рабочее время в минутах, с корректировкой на ставку специалиста по виду запрашиваемой медицинской техники, утвержденное уполномоченным органом в области здравоохранения;

$H_{\text{ср}}$ – средний норматив времени выполнения одной услуги с помощью медицинской техники, утвержденный уполномоченным органом в области здравоохранения или в соответствии с техническими

характеристиками запрашиваемой медицинской техники или клиническим опытом практикующих специалистов в области здравоохранения;

Р – количество результатов, полученных за один цикл работы медицинской техники (по аппаратам и приборам для лабораторных и морфологических исследований).

При оказании медицинских услуг с помощью реанимационного оборудования и оборудования, применяемого для/при хирургического (-ом) и инвазивного (-ом) вмешательства (-е), Удель = 1.

| | |
|--|---|
| | Приложение 111 к Правилам возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств |
|--|---|

Форма

Акт контроля

за эффективным использованием медицинской техники,

приобретенной на условиях финансового лизинга

_____ "___" _____ 20__ год

(Местонахождение лизингополучателя)

Наименование лизингополучателя _____

Договор финансового лизинга № _____ от _____

Наименование медицинской техники _____

| № п / п | Месяц | Плановое количество медицинских услуг планируемых оказать на медицинской технике, приобретенной в лизинг (ед.) | Фактическое количество оказанных медицинских услуг на медицинской технике, приобретенной в лизинг (ед.) |
|---------|-------|--|---|
| | | | |

Руководитель

лизингополучателя _____

(Должность, Ф.И.О., подпись)

М.П.

Представитель ТД ККМФД _____

(Должность, Ф.И.О., подпись)

М.П.

| | |
|--|--|
| | Приложение 2 к приказу Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 июля 2015 года № 627 |
|--|--|

Перечень

утративших силу некоторых решений Министерства здравоохранения

Республики Казахстан и Министерства здравоохранения и

социального развития Республики Казахстан

1. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 17 августа 2013 года № 474 "Об утверждении Правил возмещения затрат за лечение в условиях отечественных медицинских организаций пациента, претендующего на лечение за рубежом" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 8695, опубликован в "Казахстанская правда" от 12 октября 2013 года № 294 (27568); "Егемен Қазақстан" 12 октября 2013 года № 232 (28171);).

2. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 февраля 2014 года № 77 "Об утверждении Правил оплаты за оказанные медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, осуществляемые за счет средств республиканского бюджета" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 9204).

3. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 февраля 2014 года № 82 "Об утверждении Правил оплаты за оказанные медицинские услуги онкологическим больным в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 9261).

4. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 февраля 2014 года № 84 "Об утверждении Правил контроля качества и объема оказанной медицинской помощи и оплаты за оказанные медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, осуществляемые за счет средств местного бюджета" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 9255).

5. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 17 февраля 2014 года № 97 "Об утверждении Правил оплаты за оказанные медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 9294).

6. Приказ и.о. Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 12 декабря 2014 года № 322 "Об утверждении Методики расчета и порядка выплаты лизинговых платежей организациям здравоохранения, оказывающим гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, за медицинскую технику, приобретенную на условиях финансового лизинга" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 9 января 2015 года № 10078, опубликован в информационно-правовой системе "Әділет" 6 января 2015 года).