Приложение 4

к Правилам закупа услуг

у субъектов здравоохранения

по оказанию медицинской помощи

в рамках гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и в системе обязательного

социального медицинского страхования

**Сведения об объемах и суммах на оказание услуг по видам и формам медицинской помощи, указанным в заявке на планируемые объемы услуг по оказанию медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования**

**Сведения об объемах и суммах на оказание первичной медико-санитарной помощи прикрепленному населению**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Объем и сумма за предыдущий период | | | | | | 20\_\_\_ год | |
| 20\_\_\_ год | | 20\_\_\_ год | | 20\_\_\_ год | |
|  | Численность прикрепленного населения | Сумма договора закупа услуг, в тенге | Численность прикрепленного населения | Сумма договора закупа услуг, в тенге | Численность прикрепленного населения | Сумма договора закупа услуг,  в тенге | Заявляемая численность прикрепленного населения,чел. | Заявляемая сумма,  в тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение к настоящим сведениям на \_\_листах.\*

Примечание\*\*

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

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя субъекта здравоохранения или уполномоченного им лица, подпись)

Место печати (при наличии)

Дата заполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Примечание:

\* прилагается расчет заявленной суммы согласно приложению к настоящим сведениям произвольной формы с указанием:

заявляемой численности прикрепленного населения;

тарифов на медицинские услуги, предоставляемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования, утвержденных в соответствии с подпунктом 65) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее – тарифы);

заявляемой суммы;

итоговой суммы;

\*\*заполняется в случае необходимости.

Сведения об объемах и суммах на оказание консультативно-диагностической помощи

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код услуги | Наименование услуг консультативно-диагностической помощи | Объем и сумма за предыдущий период | | | | | |
| 20\_\_\_год | | 20\_\_\_ год | | 20\_\_\_год | |
| Количество оказанных услуг консультативно-диагностической помощи | Сумма  в тенге | Количество оказанных услуг консультативно-диагностической помощи | Сумма  в тенге | Количество оказанных услуг консультативно-диагностической помощи | Сумма  в тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого | |  |  |  |  |  |  |

продолжение таблицы

|  |  |
| --- | --- |
| Заявляемые объемы и суммы | |
| Количество услуг  консультативно-диагностической помощи | Сумма,  в тенге |
| 10 | 11 |
|  |  |
| Итого |  |

Приложение к настоящим сведениям на \_\_\_листах.\*

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

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя субъекта здравоохранения или уполномоченного им лица, подпись)

Место печати (при наличии)

Дата заполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Примечание\*\*

Примечание:

\* прилагается расчет заявленной суммы согласно приложению к настоящим сведениям произвольной формы в разрезе услуг с указанием:

наименования услуг;

стоимости услуг согласно тарифам (средней стоимости);

суммы услуг;

итоговой суммы услуг;

\*\* заполняется в случае необходимости.

Сведения об объемах и суммах на оказание высокотехнологичной медицинской помощи

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код ВТМУ | Наименование ВТМУ | Объем и сумма ВТМП за предыдущий период | | | | | |
| 20\_\_\_ год | | 20\_\_\_ год | | 20\_\_\_ год | |
| Количество | Сумма.  в тенге | Количество | Сумма.  в тенге | Количество | Сумма.  в тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого | | |  |  |  |  |  |  |

продолжение таблицы

|  |  |
| --- | --- |
| Заявляемые объемы и суммы | |
| Количество | Сумма,  в тенге |
| 4 | 5 |
|  |  |
| Итого |  |

Приложение к настоящим сведениям на \_\_\_листах. \*

Примечание\*\*

Примечание:

\* прилагается расчет заявленной суммы согласно приложению к настоящим сведениям произвольной формы в разрезе услуг с указанием:

наименования ВТМУ;

стоимости услуг согласно тарифам;

суммы ВТМУ;

итоговой суммы ВТМУ;

\*\* заполняется в случае необходимости.

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

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя субъекта здравоохранения или уполномоченного им лица, подпись)

      Место печати (при наличии)

      Дата заполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения об объемах и суммах на оказание услуг амбулаторного гемодиализа

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Объем и сумма за предыдущий период | | | | | | | | | |
| 20\_\_\_ год | | | 20\_\_\_ год | | | 20\_\_\_ год | | | |
| Количество больных | Количество сеансов | Сумма,  в тенге | Количество больных | Количество сеансов | Сумма,  в тенге | | Количество больных | Количество сеансов | Сумма,  в тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| Итого |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |

продолжение таблицы

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заявляемые объемы и суммы | | |
| Количество больных | Количество сеансов | Сумма,  в тенге |
| 11 | 12 | 13 |
|  |  |  |
| Итого |  |  |

Приложение к настоящим сведениям на \_\_\_листах. \*

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

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя субъекта здравоохранения или уполномоченного им лица, подпись)

Место печати (при наличии)

Дата заполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Примечание\*\*

Примечание:

\* прилагается расчет заявленной суммы согласно приложению к настоящим сведениям произвольной формы с указанием:

количества больных;

количества сеансов;

стоимости услуг согласно тарифам;

заявляемой суммы;

итоговой суммы;

\*\* заполняется в случае необходимости.

Сведения об объемах и суммах на оказание услуг перитонеального диализа

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Объем и сумма за предыдущий период | | | | | | | | | |
| 20\_\_\_ год | | | 20\_\_\_ год | | | 20\_\_\_ год | | | |
| Количество больных | Количество сеансов | Сумма,  в тенге | Количество больных | Количество сеансов | Сумма,  в тенге | | Количество больных | Количество сеансов | Сумма,  в тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  | |  |  |  |

продолжение таблицы

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заявляемые объемы и суммы | | |
| Количество больных | Количество сеансов | Сумма,  в тенге |
| 11 | 12 | 13 |
|  |  |  |
| Итого |  |  |

Приложение к настоящим сведениям на \_\_\_листах. \*

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

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя субъекта здравоохранения или уполномоченного им лица, подпись)

Место печати (при наличии)

Дата заполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Примечание\*\*

Примечание:

\* прилагается расчет заявленной суммы согласно приложению к настоящим сведениям произвольной формы с указанием:

количества больных;

количества сеансов;

стоимости услуг согласно тарифам;

заявляемой суммы;

итоговой суммы;

\*\* заполняется в случае необходимости.

Сведения об объемах и суммах на оказаниеспециализированной медицинской помощи\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Форма медицинской помощи | Объем и сумма за предыдущий период\*\* | | | | | |
| 20\_\_\_ год | | 20\_\_\_ год | | 20\_\_\_ год | |
| Количество пролеченных случаев/ койко-дней | Сумма.  в тенге | Количество пролеченных случаев/ койко-дней | Сумма.  в тенге | Количество пролеченных случаев/ койко-дней | Сумма.  в тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого | |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Заявляемые объемы и суммы | |
| Количество пролеченных случаев/ койко-дней | Сумма.  в тенге |
| 9 | 10 |
|  |  |
| Итого |  |

Приложение к настоящим сведениям на \_\_\_листах. \*\*

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

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя субъекта здравоохранения или уполномоченного им лица, подпись)

Место печати (при наличии)

Дата заполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Примечание\*\*\*

Примечание:

\* заполняется в случае подачи заявки на оказание специализированной медицинской помощи, оплачиваемой по тарифу за пролеченный случай по клинико-затратным группам, по расчетной средней стоимости, по койко-дням, по медико-экономическим тарифам; по фактическим расходам;

\*\* прилагается расчет заявленной суммы согласно приложению произвольной формы к настоящим сведениям с указанием:

количества случаев (койко-дней);

стоимости услуг согласно тарифам (средней стоимости);

заявляемой суммы;

итоговой суммы;

      \*\*\* заполняется в случае необходимости.

Сведения об объемах и суммах скорой медицинской помощи или медицинской помощи,

связанной с транспортировкой специалистов и (или) больного санитарным транспортом

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Объемы и суммы за предыдущий период | | | | | | Заявляемые объемы и суммы | |
| 20\_\_\_ год | | 20\_\_\_ год | | 20\_\_\_ год | | 20\_\_\_ год | |
| численность прикрепленного населения | Сумма,  в тенге | численность прикрепленного населения | Сумма,  в тенге | численность прикрепленного населения | Сумма,  в тенге | численность прикрепленного населения | Сумма,  в тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение к настоящим сведениям на\_\_\_\_ \_\_\_листах. \*

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

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя субъекта здравоохранения или уполномоченного им лица, подпись)

Место печати (при наличии)

Дата заполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Примечание\*\*

Примечание:

\* прилагается расчет заявленной суммы на оказание скорой медицинской помощи или медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом согласно приложению к настоящим сведениям произвольной формы с указанием:

заявляемой численности прикрепленного населения;

стоимости согласно тарифам (средней стоимости);

заявляемой суммы;

итоговой суммы;

\*\* заполняется в случае необходимости.

Сведения о заявляемых объемах и суммах на оказаниемедицинской помощи,

оплачиваемой по комплексному тарифу\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Объемы и суммы за предыдущий период | | | | | | Заявляемые объемы и суммы | |
| 20\_\_\_ год | | 20\_\_\_ год | | 20\_\_\_ год | | 20\_\_\_ год | |
| численность зарегистрированных больных /пролеченные случаи\*\*\*\*/койко-дни\*\*\*\* | Сумма,  в тенге | численность зарегистрированных больных /пролеченные случаи\*\*\*\*/койко-дни\*\*\*\* | Сумма,  в тенге | численность зарегистрированных больных /пролеченные случаи\*\*\*\*/койко-дни\*\*\*\* | Сумма,  в тенге | численность зарегистрированных больных /пролеченные случаи\*\*\*\*/койко-дни\*\*\*\* | Сумма,  в тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение к настоящим сведениям на\_\_\_\_ \_\_\_листах. \*\*

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

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя субъекта здравоохранения или уполномоченного им лица, подпись)

Место печати (при наличии)

Дата заполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Примечание\*\*\*

Примечание:

\* заполняется в случае подачи заявки на оказание медицинской помощи, оказываемой онкологическим больным, больным туберкулезом; ВИЧ-инфицированным и (или) больным синдромом приобретенного иммунодефицита, лицам с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями) және связанными с употреблением психоактивных веществ;

\*\* прилагается расчет заявленной суммы на оказание медицинской помощи, оплачиваемой по комплексному тарифу согласно приложению к настоящим сведениям произвольной формы с указанием:

заявляемой численности зарегистрированных больных;

стоимости согласно тарифам (средней стоимости);

заявляемой суммы;

итоговой суммы;

\*\*\* заполняется в случае необходимости;

\*\*\*\*для республиканских организации.

Сведения о заявляемых объемах и суммах на оказание услуг,

оказываемых службой крови\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Объемы за предыдущий период | | | | | | Заявляемые объемы | |
| 20\_\_\_ год | | 20\_\_\_ год | | 20\_\_\_ год | | 20\_\_\_ год | |
| Количество услуг | Сумма,  в тенге | Количество услуг | Сумма,  в тенге | Количество услуг | Сумма,  в тенге | Количество услуг | Сумма,  в тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение к настоящим сведениям на\_\_\_\_ \_\_\_листах. \*\*

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

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя субъекта здравоохранения или уполномоченного им лица, подпись)

Место печати (при наличии)

Дата заполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Примечание\*\*\*

Примечание:

\*\* прилагается расчет заявленной суммы на оказание услуг, оказываемых службой крови согласно приложению к настоящим сведениям произвольной формы с указанием:

заявляемого количества услуг;

стоимости согласно тарифам (средней стоимости);

заявляемой суммы;

итоговой суммы;

\*\*\* заполняется в случае необходимости.