

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау
министрлігіПриказ и.о. Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от 12 августа 2019 года
№ ҚР ДСМ-112. Зарегистрирован
в Министерстве юстиции
Республики Казахстан 16 августа
2019 года № 19256Министерство здравоохранения Республики
Казахстан

**О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения Республики
Казахстан от 7 августа 2017 года
№ 591 «Об утверждении Правил закупа услуг у субъектов здравоохранения в
рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в
системе обязательного социального медицинского страхования»**

В соответствии с подпунктом 122-3) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 августа 2017 года № 591 «Об утверждении Правил закупа услуг у субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 15604, опубликован 6 сентября 2017 года в Эталонном контрольном банке нормативных правовых актов Республики Казахстан) следующее изменение:

Правила закупа услуг у субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, утвержденные указанным приказом, изложить в новой редакции согласно приложению к настоящему приказу.



2. Департаменту координации обязательного социального медицинского страхования Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

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

2) в течение десяти календарных дней со дня государственной регистрации настоящего приказа направление его на казахском и русском языках в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан» для официального опубликования и включения в Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов Республики Казахстан;

3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования;

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

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Актаеву Л.М.

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

**Исполняющий обязанности Министра здравоохранения
Республики Казахстан**

**О.
Абишев**

Приложение
к приказу исполняющего обязанности
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от «12» августа 2019 года
№ ҚР ДСМ-112

Утверждены приказом
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 7 августа 2017 года № 591

**Правила закупа услуг у субъектов здравоохранения в рамках
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе
обязательного социального медицинского страхования**

Раздел 1. Общие положения

1. Настоящие Правила закупа услуг у субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования (далее – Правила) разработаны в соответствии с подпунктом 122-3) 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 закупа услуг у субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования (далее – ОСМС).

2. Закуп у субъектов здравоохранения услуг по оказанию медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС осуществляется фондом социального медицинского страхования (далее – фонд).

3. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах:

1) соисполнитель – субъект здравоохранения, включенный в базу данных, с которым поставщик заключил гражданско-правовой договор для исполнения части обязательств поставщика по заключенному договору закупа медицинских услуг;

2) субъект здравоохранения, оказывающий медицинскую помощь прикрепленному населению (далее субъект – ПМСП) – субъект здравоохранения, оказывающий ПМСП и (или) комплекс амбулаторно-поликлинических услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС прикрепленному населению, зарегистрированному в портале «Регистр прикрепленного населения» (далее – портал РПН);

3) субъекты информатизации в области здравоохранения (далее – субъект информатизации) – государственные органы, физические или юридические лица, осуществляющие деятельность или вступающие в правоотношения в сфере информатизации в области здравоохранения;

4) 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;

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

6) закуп услуг у субъектов здравоохранения – планирование, выбор, заключение и исполнение договора закупа медицинских услуг;

7) организация здравоохранения – юридическое лицо, осуществляющее деятельность в области здравоохранения;

8) непредвиденные расходы – расходы, направляемые в период покрытия на оплату расходов и мероприятий по оказанию медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования, связанных с ростом потребности населения в медицинских услугах после ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций социального, природного и техногенного характера, которые невозможно было запланировать при формировании расходов на соответствующий финансовый год в силу их непредвиденности, и требующие безотлагательного финансирования в соответствующем финансовом году;

9) резерв фонда на непредвиденные расходы – средства, предусмотренные фондом на текущий финансовый год для финансирования непредвиденных расходов в период покрытия, формируемые на ежемесячной основе;

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

11) активы фонда – отчисления и взносы, пеня, полученная за просрочку уплаты отчислений и (или) взносов, инвестиционный доход за минусом комиссионного вознаграждения на обеспечение деятельности фонда, а также иные поступления в фонд, не запрещенные законодательством Республики Казахстан;

12) апелляция комиссия фонда – постоянно действующий орган, создаваемый фондом для рассмотрения вопросов, возникающих по закупу медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС;

13) филиал фонда - обособленное подразделение фонда, расположенное вне места его нахождения и осуществляющее все или часть его функций, в том числе функции представительства;

14) электронная копия документа – документ, полностью воспроизводящий вид и информацию (данные) подлинного документа в электронно-цифровой форме;

15) поставщик – субъект здравоохранения, с которым фонд заключил договор закупа медицинских услуг в соответствии с настоящими Правилами;

16) медицинская помощь в системе ОСМС – объем медицинской помощи, предоставляемый потребителям медицинских услуг за счет активов фонда;

17) медицинская помощь – комплекс медицинских услуг, включающих лекарственную помощь, направленных на сохранение и восстановление здоровья населения, а также облегчение тяжелых проявлений неизлечимых заболеваний;

18) медицинские услуги – действия субъектов здравоохранения, имеющие профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную или паллиативную направленность по отношению к конкретному человеку;

19) потребитель медицинских услуг – физическое лицо, имеющее право на получение медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе в ОСМС в соответствии с законодательством Республики Казахстан;

20) договор государственно-частного партнерства – письменное соглашение, определяющее права, обязанности и ответственность сторон договора государственно-частного партнерства, иные условия договора государственно-частного партнерства в рамках реализации проекта государственно-частного партнерства;

21) местные органы государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы (далее – управления здравоохранения) - государственные органы, реализующие государственную политику в области здравоохранения, обеспечивающие исполнение законодательства Республики Казахстан в области здравоохранения, осуществляющие руководство в области охраны здоровья граждан, обращения лекарственных средств, медицинских изделий, осуществляющие мониторинг и контроль за деятельностью субъектов здравоохранения;

22) производственная база – место оказания медицинских услуг согласно приложению к лицензии, выданной в соответствии с законодательством Республики Казахстан о разрешениях и уведомлениях;

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

24) план закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС (далее – план закупа) – структурированный документ, содержащий сведения об объемах закупаемых медицинских услуг и затрат на их оказание в рамках ГОБМП и в системе ОСМС;

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

26) электронная цифровая подпись – набор электронных цифровых символов, созданный средствами электронной цифровой подписи и подтверждающий достоверность электронного документа, его принадлежность и неизменность содержания.

Раздел 2. Порядок закупа услуг у субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования

4. Закуп медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС состоит из следующих этапов:

- 1) планирование объемов закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;
- 2) выбор субъектов здравоохранения для оказания медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;
- 3) заключение договора закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;
- 4) исполнение договора закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС.

Глава 1. Порядок планирования объемов закупа услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования

5. Планирование объемов медицинских услуг при формировании Плана закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС осуществляется фондом.

6. Процесс планирования включает следующие этапы:

- 1) оценка прогнозной потребности населения в медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС;
- 2) планирование объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС;
- 3) определение объемов бюджетных средств в рамках ГОБМП и прогнозного объема затрат для оплаты медицинской помощи в системе ОСМС;

4) формирование плана закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС.

7. Оценка прогнозной потребности населения в медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС проводится фондом в соответствии с видами, формами медицинской помощи, видами медицинской деятельности, определенными перечнем гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, утверждаемым в соответствии со статьей 34 Кодекса о здоровье, и перечнем медицинской помощи в системе ОСМС, утверждаемым в соответствии со статьей 10 Закона Республики Казахстан от 16 ноября 2015 года «Об обязательном социальном медицинском страховании» (далее – Закон об ОСМС).

8. При оценке прогнозной потребности населения в медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС учитываются:

- 1) численность, плотность, половозрастной состав населения, в том числе имеющего право на получение медицинской помощи в системе ОСМС;
- 2) данные общегосударственного статистического наблюдения и ведомственного статистического наблюдения в области здравоохранения;
- 3) целевые индикаторы, показатели результата и приоритеты развития здравоохранения, отраженные в документах Системы государственного планирования;
- 4) международный опыт;
- 5) результаты эпидемиологических исследований;
- 6) предложения уполномоченного органа и (или) управлений здравоохранения;
- 7) акты местных исполнительных органов по реорганизации сети объектов здравоохранения, а также разворачивания, сокращения, перепрофилирования коечного фонда;
- 8) региональные перспективные планы развития инфраструктуры здравоохранения;
- 9) фактическое потребление медицинских услуг в предыдущие годы.

При отсутствии данных в доступных информационных системах для оценки потребности населения в медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе

ОСМС, фонд направляет запросы в соответствующие органы, организации и субъекты здравоохранения.

9. Определение объемов бюджетных средств в рамках ГОБМП осуществляется уполномоченным органом. В рамках планируемых бюджетных средств на соответствующий финансовый год фондом формируется проект распределения бюджетных средств по видам, формам медицинской помощи, видам медицинской деятельности, входящими в ГОБМП.

10. Прогнозный объем затрат на медицинскую помощь в системе ОСМС определяется в пределах размера активов фонда, предназначенных для оплаты услуг субъектов здравоохранения в системе ОСМС, за минусом резерва фонда на покрытие непредвиденных расходов.

Определение прогнозного объема затрат, предназначенных для оплаты медицинской помощи в системе ОСМС, осуществляется по видам и формам ее предоставления в рамках прогнозного объема затрат на соответствующий финансовый год и с учетом:

- 1) демографического прогноза населения;
- 2) прогноза макроэкономических показателей;
- 3) информации о численности лиц, за которых осуществляется уплата взносов и отчислений в фонд согласно действующему законодательству Республики Казахстан.

11. Расчет объемов затрат на медицинские услуги производится по тарифам, утвержденным уполномоченным органом согласно части второй пункта 2 статьи 23 Кодекса о здоровье, в том числе с учетом их планируемого пересмотра.

Фонд до 1 мая текущего года вносит проект по объему бюджетных средств в рамках ГОБМП и прогнозируемому объему затрат на медицинскую помощь в системе ОСМС в уполномоченный орган.

12. В случае несоответствия запланированных объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС планируемыми бюджетными средствами и прогнозными объемами затрат на соответствующий финансовый год, распределение объемов проводится с учетом:

- 1) приоритетных направлений развития здравоохранения;

- 2) целевых показателей фонда;
- 3) оценки потребности населения в медицинской помощи;
- 4) предложений уполномоченного органа и управлений здравоохранения.

13. Формирование плана закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС осуществляется фондом по согласованию с уполномоченным органом на основании запланированных объемов медицинской помощи в пределах объема расходов бюджетных средств для оплаты медицинской помощи в рамках ГОБМП и прогнозного объема затрат на медицинскую помощь в системе ОСМС.

14. План закупа содержит следующие сведения:

вид, форма медицинской помощи, предусмотренные ГОБМП и перечнем медицинской помощи в системе ОСМС;

планируемое количество закупаемых услуг;

планируемый объем бюджетных средств в рамках ГОБМП и прогнозный объем затрат, предназначенных для оплаты медицинской помощи в системе ОСМС.

15. Фонд в срок не позднее 1 ноября года, предшествующего планируемому периоду, направляет проект плана закупа на согласование уполномоченному органу.

16. Уполномоченный орган рассматривает проект плана закупа в течение десяти рабочих дней со дня его поступления и уведомляет фонд об итогах его рассмотрения.

17. При наличии замечаний фонд в течение пяти рабочих дней дорабатывает проект плана закупа и повторно направляет его на согласование уполномоченному органу.

18. План закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС утверждается фондом ежегодно.

19. Фонд вносит изменения в план закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС в случаях:

- 1) несоответствия размеров средств, предназначенных для оплаты фондом за оказание услуг, активов фонда, предназначенных для оплаты услуг субъектов

здравоохранения в системе ОСМС, с фактическими и прогнозными объемами затрат на оплату услуг в системе ОСМС, предусмотренных планом закупа;

2) распределения резерва фонда на непредвиденные расходы;

3) распределения высвободившихся средств на закуп услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

4) изменения объемов бюджетных средств для оплаты медицинской помощи в рамках ГОБМП и прогнозного объема затрат на медицинскую помощь в системе ОСМС в связи с изменением тарифов, поправочных коэффициентов, численности, количества больных и других данных, являющихся основанием для размещения услуг;

5) выделения уполномоченным органом дополнительного объема бюджетных средств для оплаты медицинской помощи в рамках ГОБМП, ранее непредусмотренных планом закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП;

6) изменения объема медицинских услуг по результатам сверки исполнения объемов медицинских услуг и финансовых обязательств по прогнозному исполнению объемов медицинских услуг, а также мониторинга исполнения договорных обязательств по качеству и объему;

7) распределения (перераспределения) объема бюджетных средств для оплаты медицинской помощи в рамках ГОБМП и распределения (перераспределения) объема затрат на медицинскую помощь в системе ОСМС;

8) внесения изменений в наименования и при переименовании, удалении или включении видов, форм медицинской помощи и видов медицинской деятельности;

9) изменения объема и перечня закупаемых услуг;

10) ввода в действие вновь вводимых объектов здравоохранения, построенных, реконструированных или модернизированных за счет бюджетных средств или в рамках государственно-частного партнерства.

20. Внесение изменений в план закупа медицинских услуг в случаях, предусмотренных подпунктами 2) и 5) пункта 19 настоящих Правил осуществляется по согласованию с уполномоченным органом.

Фонд вносит изменения в план закупа медицинских услуг в случаях, предусмотренных подпунктами 1), 3), 4), 6) -10) пункта 19 настоящих Правил, по истечении пяти рабочих дней со дня направления уведомления в уполномоченный орган и при отсутствии поступивших замечаний в установленный срок.

21. Фонд ежегодно вырабатывает предложения по формированию перечней медицинской помощи в рамках ГОБМП и системе ОСМС и направляет их в уполномоченный орган.

Глава 2. Порядок выбора субъектов здравоохранения для оказания медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования

22. Выбор субъектов здравоохранения для оказания медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС включает:

1) формирование базы данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования (далее – база данных);

2) создание комиссии по выбору и размещению объемов медицинских услуг среди субъектов здравоохранения (далее - комиссия);

3) выбор субъектов здравоохранения и размещение объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС.

Параграф 1. Порядок формирования базы данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования

23. Формирование базы данных осуществляется фондом на постоянной основе на основании представленных субъектами здравоохранения заявок для включения в базу данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание

медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования по форме согласно приложению 1 к настоящим Правилам (далее – заявка).

24. Заявка в бумажной форме подается в прошитом и пронумерованном виде без исправлений и помарок, при этом последняя страница заверяется подписью руководителя или его поверенного лица и скрепляется печатью субъекта здравоохранения (при наличии), в филиал фонда по региону, населению которого субъект здравоохранения претендует оказывать услуги в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС.

25. Заявка в электронной форме удостоверяется электронной цифровой подписью субъекта здравоохранения.

26. Субъекты здравоохранения к заявке прилагают следующие документы:

- 1) копию свидетельства (справку) о государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица или о регистрации в качестве индивидуального предпринимателя (для физических лиц);
- 2) копию документа, удостоверяющего личность (для физического лица);
- 3) копию лицензий на занятие медицинской деятельностью и приложений к ним, подтверждающих право на оказание соответствующих медицинских услуг по месту нахождения производственной базы субъекта здравоохранения или его представительства, филиала (при подаче заявки на участие представительством, филиалом);
- 4) сведения об ответственных лицах, уполномоченных на ведение информационных систем здравоохранения, по форме согласно приложению к заявке на участие за подписью руководителя субъекта здравоохранения для последующего предоставления субъекту здравоохранения субъектом информатизации доступа к необходимым информационным системам здравоохранения.

27. Фонд в течение трех календарных дней со дня подачи субъектами здравоохранения заявки рассматривает их на предмет соответствия требованиям пунктов 23-26 настоящих Правил.

При соответствии требованиям пунктов 23-26 настоящих Правил субъект здравоохранения включается фондом в базу данных.

Включение субъекта здравоохранения в базу данных является выражением согласия субъекта здравоохранения соблюдать требования настоящих Правил.

В случае несоответствия требованиям пунктов 23-26 настоящих Правил фонд отказывает во включении в базу данных и направляет субъекту здравоохранения уведомление об отклонении заявки для включения в базу данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования по форме согласно приложению 2 к настоящим Правилам в виде бумажного или электронного документа.

28. В случае приема заявок в бумажном виде, фондом осуществляется регистрация заявок в журнале регистрации заявок для включения в базу данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования по форме согласно приложению 3 к настоящим Правилам (далее – журнал регистрации заявок).

Журнал регистрации заявок прошнуровывается, нумеруется и скрепляется печатью и подписью руководителя фонда (филиала).

29. В случае регистрации заявок в электронном виде в журнале регистрации заявок в электронной форме проводится регистрация заявок на участие с единой сквозной нумерацией с присвоением уникального кода. При этом ведется единая нумерация как в бумажном, так и в электронном форматах.

30. База данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования по форме согласно приложению 4 к настоящим Правилам формируется фондом в бумажной или в электронной форме с дальнейшим размещением на интернет-ресурсе фонда.

31. Субъекты здравоохранения, включенные в базу данных, получают доступ к информационным системам здравоохранения, предоставляемый субъектом информатизации в течение трех рабочих дней со дня получения от фонда информации о субъектах здравоохранения, включенных в базу данных (к информационной системе «Система управления ресурсами» - все субъекты

здравоохранения; дополнительно к portalу РПН - субъекты здравоохранения, претендующие на оказание первичной медико-санитарной помощи).

Субъекты здравоохранения вносят свои данные в информационные системы здравоохранения, указанные в части первой настоящего пункта, в течение десяти рабочих дней после дня получения доступа к ним, а также на постоянной основе поддерживают данные в актуальном состоянии.

Доступ к необходимым для работы информационным системам здравоохранения, помимо указанных в части первой настоящего пункта, получают субъекты здравоохранения, заключившие договор закупа услуг с фондом, и их соисполнители.

32. Актуализация базы данных осуществляется фондом на постоянной основе согласно заявкам, поданным субъектами здравоохранения в соответствии с порядком, указанным в пунктах 23-31 настоящих Правил, для включения, исключения, обновления данных.

33. Изменение (актуализация) базы данных субъектов здравоохранения осуществляется фондом на постоянной основе в течение года:

1) в случае ликвидации, реорганизации субъекта здравоохранения (при необходимости);

2) в случае расторжения договора закупа услуг фондом в одностороннем порядке, в том числе вследствие неисполнения, несвоевременного или ненадлежащего исполнения поставщиками его условий;

3) по инициативе от субъекта здравоохранения;

4) в случае изменения сведений, содержащихся в базе данных.

Изменения в случаях, предусмотренных подпунктами 1), 3), 4) части первой настоящего пункта вносятся на основании письма субъекта здравоохранения, в случаях, предусмотренных подпунктом 2) части первой настоящего пункта – на основании решения фонда.

Поставщик, исключенный из базы данных по основанию, предусмотренному подпунктом 2) части первой настоящего пункта, не включается в базу данных в течение одного года со дня его исключения по соответствующим видам и (или) формам медицинской помощи.

Параграф 2. Порядок создания комиссии по выбору и размещению объемов медицинских услуг среди субъектов здравоохранения

34. Для выбора и размещения объемов медицинских услуг среди субъектов здравоохранения фондом создаются:

- 1) республиканская комиссия;
- 2) региональные комиссии.

35. Общее количество членов комиссии составляет нечетное число.

36. Состав комиссии формируется решением фонда из числа представителей:

- 1) фонда;
- 2) уполномоченного органа для включения в состав республиканской комиссии;
- 3) управления здравоохранения для включения в состав региональной комиссии;
- 4) Национальной палаты предпринимателей Республики Казахстан «Атамекен» (далее – НПП «Атамекен») и (или) неправительственных организаций, представляющих интересы потребителей медицинских услуг, субъектов здравоохранения или медицинских работников (далее – НПО);
- 5) территориального подразделения уполномоченного органа, осуществляющего функции внешней экспертизы качества медицинских услуг, для включения в состав региональной комиссии;
- 6) субъекта информатизации.

Представители, указанные в подпунктах 2) – 6) части первой настоящего пункта, представляют (подтверждают) кандидатуру официальным письмом в течение пяти рабочих дней со дня поступления запроса от фонда для формирования состава комиссии на следующий финансовый год.

Введение в состав комиссии и выведение членов из состава комиссии в течение года из числа представителей, указанных в подпунктах 2) – 6) части первой настоящего пункта, осуществляется на основании письменного подтверждения организации, которую представляет член комиссии.

Член комиссии, обладающий правом принимать решение и являющийся учредителем, участником либо акционером субъекта здравоохранения, претендующего на закуп, представляет в письменной форме заявление об исключении его из процедуры выбора и размещения объемов медицинских услуг, на которые подана заявка от данного субъекта здравоохранения.

37. Председателем комиссии и заместителем председателя комиссии являются должностные лица фонда.

Председатель комиссии руководит деятельностью комиссии, планирует работу.

Во время отсутствия председателя его функции осуществляет заместитель председателя комиссии.

38. Организационная деятельность комиссии обеспечивается секретарем, утверждаемым решением фонда из числа работников фонда. Секретарь комиссии не является членом комиссии и не обладает правом голоса при принятии решений комиссией.

39. Секретарь комиссии уведомляет в письменной (электронной) форме членов комиссии о проведении заседания не менее чем за три календарных дня до даты заседания комиссии.

40. Решение комиссии считается правомочным, если в принятии решения участвовало две трети членов, входящих в ее состав.

Решения комиссии оформляются протоколами. Протоколы комиссии подписываются и полистно парафируются присутствующими Председателем, заместителем Председателя и всеми членами комиссии.

Решение комиссии принимается открытым голосованием и считается принятым, если за него подано простое большинство голосов от общей численности участвующих членов комиссии.

В случае равного распределения голосов, голос председателя комиссии или лица, его замещающего, является решающим.

Член комиссии в случае несогласия с решением комиссии имеет право на особое мнение, которое предоставляется в письменном виде.

41. В случае отсутствия члена комиссии на заседании комиссии более трех раз подряд, фондом вносится предложение соответствующему представительству о замене другой кандидатурой.

Параграф 3. Порядок выбора субъектов здравоохранения для размещения объемов медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования

42. Выбор субъектов здравоохранения для размещения объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС осуществляется комиссией среди субъектов здравоохранения, включенных в базу данных, за исключением случаев, указанных в пункте 43 настоящих Правил.

43. Объем медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС размещается без проведения процедуры выбора субъектов здравоохранения в рамках плана закупа в случаях:

- 1) реализации пилотных проектов по решению уполномоченного органа;
- 2) первичного участия в закупе услуг субъекта здравоохранения, имеющего вновь вводимый объект здравоохранения, включенного в базу данных, и соответствующего нормам настоящих Правил. При этом вводимый объект здравоохранения построен, реконструирован или модернизирован за счет бюджетных средств или в рамках государственно-частного партнерства и в соответствии с региональным перспективным планом развития инфраструктуры здравоохранения;
- 3) реорганизации субъекта здравоохранения, заключившего договор закупа медицинских услуг, при правопреемстве обязательств реорганизуемого субъекта здравоохранения в соответствии с Гражданским Кодексом Республики Казахстан от 27 декабря 1994 года субъекту здравоохранения, с которым фондом заключен договор закупа медицинских услуг, при условии наличия лицензии на медицинскую деятельность на соответствующий вид и форму медицинской помощи;
- 4) увеличения численности и (или) изменения половозрастной структуры прикрепленного населения к субъекту здравоохранения, оказывающему ПМСП;

5) увеличения численности больных при оказании медицинской помощи, оплачиваемой по комплексному тарифу или по подушевому нормативу;

6) увеличения объема услуг или средств, входящих в комплексный подушевой норматив амбулаторно-поликлинической помощи, а также услуг, оплачиваемых по фактическим затратам при оказании медицинской помощи, оплата которой осуществляется по комплексному тарифу или по подушевому нормативу;

7) закупа услуг на оказание медицинской помощи гражданам Республики Казахстан на лечение за рубежом и в отечественных медицинских организациях в рамках мастер-классов с привлечением зарубежных специалистов, за счет бюджетных средств;

8) оказания услуг федеральными медицинскими организациями Российской Федерации гражданам Республики Казахстан, проживающим в городе Байконур, поселках Торетам и Акай, не являющимся работниками российских организаций комплекса «Байконур», а также временно находящимся на территории комплекса «Байконур», в соответствии с Соглашением между Правительством Республики Казахстан и Правительством Российской Федерации о порядке медицинского обслуживания персонала космодрома «Байконур», жителей города Байконур, поселков Торетам и Акай в условиях аренды Российской Федерацией комплекса «Байконур», ратифицированным Законом Республики Казахстан от 31 мая 2010 года (далее – Межправительственное соглашение).

В случаях, предусмотренных в подпунктах 1), 2), 8) части первой настоящего пункта, объем медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС размещается на основании решения комиссии.

44. Объем средств на оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС размещается без проведения процедуры выбора субъектов здравоохранения в рамках плана закупа:

1) в случаях изменения тарифов, утвержденных уполномоченным органом согласно части второй пункта 2 статьи 23 Кодекса;

2) выделения объема бюджетных средств на затраты целевого характера по решению уполномоченного органа, в том числе на приобретение лекарственных средств, повышение заработной платы работников.

45. Выбор субъектов здравоохранения для размещения объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС из базы данных на предстоящий финансовый год проводится ежегодно и представляет собой совокупность следующих последовательных этапов:

1) на первом этапе осуществляются следующие мероприятия:

проведение кампании прикрепления с участием субъектов первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП), включенных в базу данных, и подведение комиссией итогов кампании прикрепления (при закупе медицинских услуг ПМСП);

извещение фондом путем объявления о проведении процедуры размещения объемов медицинских услуг в ГОБМП и (или) в системе ОСМС среди субъектов здравоохранения, включенных в базу данных;

подача субъектами здравоохранения, в том числе субъектами ПМСП, в фонд заявки на планируемые объемы медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС на заявляемый период с приложением документов, указанных в пункте 49 настоящих Правил (далее – заявка на планируемые объемы);

рассмотрение комиссией заявок на планируемые объемы на соответствие требованиям, указанным в пункте 3 статьи 34 Закона об ОСМС, пунктах 48-50 и 52-53 настоящих Правил;

повторный прием и регистрация заявок на планируемые объемы, приведенных в соответствие с требованиями, указанными в пункте 3 статьи 34 Закона об ОСМС, пунктах 48-50 и 52-53 настоящих Правил;

допуск субъектов здравоохранения к размещению объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

2) на втором этапе осуществляются следующие мероприятия:

рассмотрение комиссией представленных субъектами здравоохранения заявок после их повторного приема;

размещение объемов медицинских услуг и подписание протокола об итогах размещения (неразмещения) объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

заклучение договоров закупа услуг с субъектами здравоохранения на основании протокола размещения объемов медицинских услуг;

исполнение договора закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС.

46. При закупе медицинских услуг ПМСП размещение объемов медицинских услуг ПМСП в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС включает ежегодное проведение кампании прикрепления с участием субъектов ПМСП, включенных в базу данных в период с 15 сентября по 15 ноября года, предыдущего финансовому году, в котором осуществляется оказание медицинских услуг ПМСП, в соответствии с Правилами прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 281 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11268) (далее – кампания прикрепления).

Фонд размещает информацию о начале кампании прикрепления и сроках ее проведения за три рабочих дня до начала кампании прикрепления на интернет-ресурсе фонда. Информация о начале кампании прикрепления размещается также на интернет-ресурсах уполномоченного органа и управлений здравоохранения.

Итоги кампании прикрепления формируются на основании подтвержденных субъектом информатизации данных о численности прикрепленного населения в портале РПН к каждому субъекту ПМСП, принимавшему участие в кампании прикрепления, в соответствии с государственным нормативом сети организаций здравоохранения, утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 284 «Об утверждении государственного норматива сети организаций здравоохранения» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11231) (далее – Государственный норматив сети) в течение десяти рабочих дней со дня окончания кампании прикрепления в виде протокола об итогах проведения кампании прикрепления населения к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, по форме согласно приложению 5 к настоящим Правилам (далее – протокол итогов кампании прикрепления).

Комиссия принимает решение по прикреплению населения к субъектам здравоохранения, имеющим вновь введенные объекты ПМСП, включенные в базу данных, вне периода кампании прикрепления с учетом приказа управления здравоохранения о распределении территории обслуживания населения и оформляет данное решение в виде протокола комиссии.

47. Фонд на интернет-ресурсе фонда размещает объявление о проведении процедуры размещения объемов медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования среди субъектов здравоохранения, включенных в базу данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, по форме согласно приложению 6 к настоящим Правилам.

Управления здравоохранения также информируют субъектов здравоохранения о проведении фондом размещения объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС на своих интернет-ресурсах.

48. Субъекты здравоохранения, в том числе субъекты ПМСП, подают в фонд заявки на планируемые объемы медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования по форме согласно приложению 7 к настоящим Правилам по формам и видам медицинской помощи на заявляемый период с приложением документов, указанных в пункте 49 настоящих Правил (далее – заявка на планируемые объемы).

49. К заявке на планируемые объемы прилагаются следующие документы:

1) копия свидетельства (справка) о государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица (для юридических лиц);

2) копия свидетельства о регистрации в качестве индивидуального предпринимателя (для физических лиц);

3) копия лицензии на медицинскую деятельность и приложений к ней по соответствующим подвидам ее деятельности, на которые подана заявка на планируемые объемы, согласно Закону Республики Казахстан от 16 мая 2014 года «О разрешениях и уведомлениях» (далее – Закон о разрешениях и уведомлениях);

4) копия лицензии на обращение с приборами и установками, генерирующими ионизирующее излучение (в случае необходимости согласно Закону о разрешениях и уведомлениях);

5) копия лицензии на осуществление деятельности, связанной с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в области здравоохранения (в случае необходимости согласно Закону о разрешениях и уведомлениях);

6) копия лицензии на фармацевтическую деятельность (в случае необходимости согласно Закону о разрешениях и уведомлениях);

7) сведения об учредителе (-ях) в произвольной форме (при наличии);

8) выписка из единого реестра ценных бумаг (для акционерных обществ);

9) копия договора доверительного управления (при его наличии);

10) копия договора государственно-частного партнерства для субъектов здравоохранения, реализуемых в рамках государственно-частного партнерства (при его наличии);

11) копия свидетельства об аккредитации (при его наличии);

12) сведения, сроком выдачи не ранее пяти рабочих дней до момента подачи заявки на планируемые объемы, об отсутствии (наличии) налоговой задолженности, задолженности по обязательным пенсионным взносам, обязательным профессиональным пенсионным взносам, социальным отчислениям и отчислениям и (или) взносам на ОСМС;

13) справки, сроком выдачи не ранее пяти рабочих дней до момента подачи заявки на планируемые объемы, об отсутствии (наличии) просроченной задолженности по всем видам его обязательств, длящейся более трех месяцев, в банках второго уровня, в которых обслуживаются субъекты здравоохранения;

14) копия заключения о соответствии субъекта здравоохранения к предоставлению высокотехнологичных медицинских услуг (далее – ВТМУ), выданного в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 февраля 2017 года № 12 «Об утверждении Правил предоставления высокотехнологичных медицинских услуг» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 14868) (далее – Правила предоставления ВТМУ) по соответствующим технологиям, на которые

подана заявка на планируемые объемы (для субъектов здравоохранения, претендующих на оказание ВТМУ);

15) сведения о наличии медицинских работников, необходимых для выполнения заявленных объемов медицинских услуг, по форме согласно приложению 8 к настоящим Правилам;

16) сведения об опыте работы субъектов здравоохранения по видам и формам представления медицинской помощи, указанным в заявке на планируемые объемы медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования по форме согласно приложению 9 к настоящим Правилам;

17) сведения о наличии медицинской техники, необходимой для выполнения заявленных объемов медицинских услуг по форме согласно приложению 10 к настоящим Правилам;

18) сведения о коечной мощности и наличии профильных отделений (для субъектов здравоохранения, претендующих на оказание стационарной и(или) стационарозамещающей медицинской помощи) по форме согласно приложению 11 к настоящим Правилам;

19) письменное согласие субъекта здравоохранения на посещение членами комиссии производственной базы субъекта здравоохранения по решению данной комиссии;

20) разрешительный документ в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, полученного посредством веб-портала «электронное правительство» (для впервые заявившихся субъектов здравоохранения, а также субъектов здравоохранения, увеличивших производственную мощность или изменивших профиль оказания медицинской помощи в течении последнего года);

21) копия решения уполномоченного органа о включении субъекта здравоохранения в перечень организаций здравоохранения по изъятию, заготовке, хранению, консервации, транспортировке тканей (части ткани) или органов (части органов) и трансплантации тканей (части тканей) или органов (части органов) (для субъектов здравоохранения, претендующих на оказание соответствующих медицинских услуг);

22) копия приказа на исполняющего обязанности руководителя (при замещении руководителя);

23) оригинал доверенности (в случае подписания и (или) предоставления заявки поверенным лицом руководителя) (при предоставлении заявки в бумажном виде).

50. Заявка на планируемые объемы подается в бумажной форме в прошитом и пронумерованном виде, при этом последняя страница заверяется подписью руководителя или его поверенного лица, скрепляется печатью субъекта здравоохранения (при наличии).

Допускается предоставление заявки и документов, прилагаемых к ней, доверенным лицом субъектом здравоохранения на основании доверенности на право подачи заявки на планируемые объемы, выданной субъектом здравоохранения, заверенной подписью руководителя или поверенного им лица и скрепленной печатью (при наличии).

Субъект здравоохранения при необходимости отзывает заявку на планируемые объемы в письменной форме до истечения окончательного срока их предоставления.

51. В случае приема заявок в бумажном виде фондом осуществляется регистрация заявок в журнале регистрации заявок на планируемые объемы медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования по форме согласно приложению 12 к настоящим Правилам.

Журнал регистрации заявок на планируемые объемы ведется по календарному году и прошнуровывается, нумеруется и скрепляется печатью фонда (филиала).

Заявка на планируемые объемы, поступившая по истечении окончательного срока их приема, не рассматривается.

В случае регистрации заявок в электронном виде в журнале регистрации заявок на планируемые объемы на календарный год проводится регистрация заявок на планируемые объемы в электронной форме со сквозной нумерацией с присвоением уникального кода.

52. В республиканскую комиссию подают заявку на планируемые объемы субъектов здравоохранения, претендующие на оказание ВТМУ и включенные в базу данных.

53. Субъекты здравоохранения, претендующие на размещение объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, подают заявку на планируемые объемы в региональную комиссию по месту расположения производственной базы для оказания услуг на региональном уровне, за исключением ВТМУ.

При этом субъекты здравоохранения, которые находятся в ведении местных исполнительных органов подают заявку на планируемые объемы в региональную комиссию на территории местных исполнительных органов, вне зависимости от места нахождения производственной базы.

54. Размещение комиссией объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС осуществляется среди субъектов здравоохранения, включенных в базу данных в соответствии с настоящими Правилами на основании плана закупа медицинских услуг.

При размещении объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС учитываются предложения местных исполнительных органов о необходимости (или отсутствии необходимости) в услугах новых поставщиков по видам и формам медицинской помощи.

55. Комиссия рассматривает заявки на планируемые услуги и отклоняет их в случаях:

1) представления заявки, не соответствующей требованиям настоящих Правил и (или) условиям объявления;

2) непредставления или представления сведения об отсутствии (наличии) налоговой задолженности, задолженности по обязательным пенсионным взносам, обязательным профессиональным пенсионным взносам, социальным отчислениям и отчислениям и (или) взносам на ОСМС со сроком выдачи позднее пяти рабочих дней до момента подачи заявки в фонд;

3) непредставления копии свидетельства (справки) о государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица либо справки о государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица (для юридических лиц);

4) непредставления сведения об учредителе (-ях) в произвольной форме (при его (их) фактическом наличии);

5) непредставления выписки из единого реестра ценных бумаг (для акционерных обществ);

6) непредставления копии свидетельства о регистрации в качестве индивидуального предпринимателя (для физических лиц);

7) непредставления или представления справки об отсутствии (наличии) просроченной задолженности по всем видам его обязательств, длящейся более трех месяцев, в банках второго уровня, в которых обслуживаются субъекты здравоохранения, со сроком выдачи позднее пяти рабочих дней до момента подачи заявки на планируемые объемы в фонд;

8) непредставления копии лицензии на медицинскую деятельность и приложений к ней по соответствующим подвидам ее деятельности, на которые подана заявка на планируемые объемы, согласно Закону о разрешениях и уведомлениях;

9) непредставления копии лицензии на обращение с приборами и установками, генерирующими ионизирующее излучение (в случае необходимости согласно Закону о разрешениях и уведомлениях);

10) непредставления копии лицензии на осуществление деятельности, связанной с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в области здравоохранения. (в случае необходимости согласно Закону о разрешениях и уведомлениях);

11) непредставления копии лицензии на фармацевтическую деятельность (в случае необходимости согласно Закону о разрешениях и уведомлениях);

12) непредставления копии договора доверительного управления (при фактическом наличии);

13) непредставления копии договора государственно-частного партнерства для субъектов здравоохранения, реализуемых в рамках государственно-частного партнерства (при фактическом наличии);

14) непредставления копии заключения о соответствии субъекта здравоохранения к предоставлению ВТМУ по соответствующим технологиям, на которые подана заявка на планируемые объемы;

15) непредставления сведения о наличии медицинских работников, необходимых для выполнения заявленных объемов медицинских услуг по форме согласно приложению 8 к настоящим Правилам;

16) непредставления сведения об опыте работы субъектов здравоохранения по видам и формам представления медицинской помощи, указанным в заявке на планируемые объемы медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования по форме согласно приложению 9 к настоящим Правилам;

17) непредставления сведения о наличии медицинской техники, необходимой для выполнения заявленных объемов медицинских услуг, по форме согласно приложению 10 к настоящим Правилам;

18) непредставления письменного согласия субъекта здравоохранения на посещение членами комиссии производственной базы субъекта здравоохранения по решению данной комиссии;

19) непредставления сведений о коечной мощности и наличии профильных отделений (для субъектов здравоохранения, претендующих на оказание стационарной и (или) стационарозамещающей медицинской помощи) по форме согласно приложению 11 к настоящим Правилам;

20) непредставления разрешительного документа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, полученного посредством веб-портала «электронное правительство» (для впервые заявившихся субъектов здравоохранения, а также субъектов здравоохранения, увеличивших производственную мощность или изменивших профиль оказания медицинской помощи в течении последнего года);

21) непредставления копии решения уполномоченного органа о включении субъекта здравоохранения в перечень организаций здравоохранения по изъятию, заготовке, хранению, консервации, транспортировке тканей (части ткани) или органов (части органов) и трансплантации тканей (части тканей) или органов (части органов) (для субъектов здравоохранения, претендующих на услуги по трансплантации тканей (части тканей) или органов (части органов));

22) непредставления копии свидетельства об аккредитации (при его фактическом наличии);

23) непредставления копии приказа на исполняющего обязанности руководителя (при замещении руководителя);

24) непредставления оригинала доверенности (в случае подписания и (или) предоставления заявки поверенным лицом руководителя) (при предоставлении заявки в бумажном виде).

По итогам рассмотрения комиссией заявок на планируемые объемы на соответствие требованиям, указанным в пунктах 48-50 и 52-53 настоящих Правил, составляется протокол соответствия (несоответствия) субъектов здравоохранения требованиям, предъявляемым для допуска к процедуре размещения объемов медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования.

Субъектам здравоохранения, несоответствующим требованиям, предъявляемым для допуска к процедуре размещения объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, фондом направляется выписка из указанного протокола, в срок не позднее одного рабочего дня со дня его подписания.

Комиссия субъектам здравоохранения, несоответствующим требованиям, предъявляемым для допуска к процедуре размещения объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, предоставляет возможность приведения заявок на планируемые объемы и прилагаемых к нему документов в соответствие с требованиями, указанными в пунктах 48-50 и 52-53 настоящих Правил, в течение трех рабочих дней со дня получения от фонда выписки из протокола.

Если повторно представленная заявка и (или) прилагаемые к ней документы снова не соответствуют требованиям, указанным в пунктах 48-50 и 52-53 настоящих Правил, то заявки отклоняются по основаниям, указанным в настоящем пункте, путем включения в протокол итогов размещения объемов медицинских услуг.

56. Комиссия принимает решение о размещении (неразмещении) объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП субъектам ПМСП на предстоящий финансовый год с учетом требований, предъявляемых пунктом 3 статьи 34 Закона об ОСМС, пунктами 48-50 и 52-53 настоящих Правил на основании плана закупа медицинских услуг.

57. В течение текущего года по решению фонда проводятся процедуры выбора субъекта здравоохранения в соответствии с параграфом 3 главы 2 настоящих Правил, за исключением этапа проведения кампании прикрепления, среди поставщиков, с которыми заключены договора на оказание ГОБМП и (или) ОСМС на текущий финансовый год, и (или) с привлечением новых субъектов здравоохранения из базы данных в пределах плана закупа медицинских услуг в следующих случаях:

- 1) наличия неразмещенного объема услуг;
- 2) наличия высвободившихся объемов медицинских услуг среди субъектов здравоохранения, оказывающих ГОБМП;
- 3) изменения плана закупа медицинских услуг в текущем финансовом году.

58. Комиссия для размещения объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС рассматривает заявки субъектов здравоохранения или поставщиков на планируемые объемы медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, допущенных к процедуре размещения объемов медицинских услуг в срок не более пятнадцати рабочих дней со дня, следующего за днем окончания повторного приема документов.

59. Комиссия при выборе субъектов здравоохранения для размещения объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС использует данные, доступные в информационных системах, а также сведения, полученные

путем запроса от субъектов здравоохранения, поставщиков, государственных органов и организаций, в случае их отсутствия в доступных информационных системах.

Не допускаются запросы, связанные с дополнением заявки на планируемые объемы недостающими документами, заменой документов, после истечения срока ее представления.

Допускается посещение членов комиссии субъектов здравоохранения, ранее не заключавших договора с фондом, на наличие производственных баз, медицинских работников и медицинской техники в соответствии с данными, указанными в заявке планируемые объемы.

60. В целях получения компетентного заключения по решению комиссии при выборе субъектов здравоохранения для размещения объемов медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС привлекаются независимые эксперты, профильные специалисты в области здравоохранения (далее – эксперты).

Экспертное заключение оформляется в письменном виде, подписывается экспертом и прилагается к протоколу заседания комиссии.

61. Экспертное заключение рассматривается комиссией при оценке и сопоставлении заявок, размещении объемов медицинских услуг.

62. Преимущество при закупе услуг:

1) в рамках ГОБМП имеют субъекты здравоохранения в соответствии с пунктом 5 статьи 34 Кодекса о здоровье;

2) в системе ОСМС имеют субъекты здравоохранения в соответствии с пунктом 2 статьи 34 Закона об ОСМС.

63. Распределение объемов медицинских услуг среди субъектов здравоохранения комиссия осуществляется с учетом:

- 1) производственной мощности субъектов здравоохранения;
- 2) опыта предоставления медицинских услуг;
- 3) результатов мониторинга договорных обязательств, в том числе по качеству и объему медицинских услуг по договорам закупа услуг;

4) выполнения услуг специалистами данного субъекта здравоохранения, входящими в его штатную численность, количество которых не менее семидесяти пяти процентов от общей численности медицинских работников;

5) наличия квалифицированных специалистов с большим опытом и количеством выполненных услуг, указанных в заявке, на которых выдано заключение уполномоченным органом в соответствии с Правилами предоставления ВТМУ (при подаче заявке на оказание ВТМУ);

6) отсутствия у субъектов здравоохранения обоснованных жалоб на качество и доступность медицинской помощи за предыдущий год;

7) наличия более высокой категории аккредитации в области здравоохранения (при равных условиях) согласно Правил аккредитации в области здравоохранения, утвержденных приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 10 марта 2015 года № 127 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 10735);

8) наличия медицинских изделий (медицинской техники, расположенной на территории производственной базы субъекта здравоохранения) для проведения лечебных и диагностических услуг;

9) отсутствия просроченной налоговой и (или) кредиторской задолженности более трех месяцев для субъектов здравоохранения;

10) предложения местных исполнительных органов о необходимости (или отсутствии необходимости) в услугах новых поставщиков по видам и формам медицинской помощи.

64. Основаниями для отклонения комиссией заявок на планируемые объемы субъектов здравоохранения после осуществления процедур, указанных в частях второй, третьей, четвертой, пятой пункта 55 настоящих Правил являются:

1) несоответствие требованиям, указанным в пункте 3 статьи 34 Закона об ОСМС, пунктах 48-50 и 52-53 настоящих Правил;

2) несоответствие субъектов здравоохранения требованиям организации медицинской помощи, установленным Кодексом о здоровье и иными нормативными правовыми актами в области здравоохранения;

3) отсутствие производственной базы субъектов здравоохранения по адресу, указанному в заявке на планируемые объемы, техники и (или) медицинских работников, необходимых для выполнения заявляемых объемов услуг;

4) уклонение субъекта здравоохранения от подписания договора закупа услуг, представленного фондом, в течении двенадцати месяцев, предшествующих дню проведения закупа;

5) несоответствие объекта требованиям Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения», утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 31 мая 2017 года № 357 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 15760).

В случае отклонения заявок на планируемые объемы субъектов здравоохранения по основанию, предусмотренному подпунктом 2) части первой настоящего пункта, в протоколе об итогах размещения (не размещения) объемов медицинских услуг в ГОБМП и (или) в системе ОСМС указывается ссылка на конкретный пункт нормативного правового акта в области здравоохранения.

В случае отклонения заявок на планируемые объемы субъектов здравоохранения по основанию, предусмотренному подпунктом 3) части первой настоящего пункта, к протоколу об итогах размещения (не размещения) объемов медицинских услуг в ГОБМП и (или) в системе ОСМС прилагается акт посещения субъекта здравоохранения, подписанный посетившими членами комиссии.

65. Комиссия принимает решение в виде протокола об итогах размещения (не размещения) объемов медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования по форме согласно приложению 13 к настоящим Правилам (далее – протокол размещения объемов медицинских услуг).

66. Субъекты здравоохранения, среди которых не размещены объемы медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, не исключаются из базы данных, кроме случаев, указанных в пункте 33 настоящих Правил.

67. По запросу субъекта здравоохранения или его представителя по доверенности фонд в течение пяти рабочих дней выдает выписку из протокола размещения объемов медицинских услуг с регистрацией о ее выдаче.

Глава 3. Порядок заключения договора закупа медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования

68. Заключение договоров закупа услуг осуществляется на основании протокола размещения объемов медицинских услуг по утвержденной фондом типовой форме.

69. По решению комиссии заключение договоров закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС допускается:

1) на срок от одного года до трех лет с субъектами села, являющимися единственными поставщиками услуг на данной административно-территориальной единице;

2) на срок от трех до пяти лет:

с субъектами здравоохранения, реализуемыми в рамках государственно-частного партнерства, и в соответствии с региональным перспективным планом развития инфраструктуры здравоохранения;

на оказание отдельных видов диагностических и лечебных услуг с использованием медицинской техники, приобретенной в рамках государственно-частного партнерства, и в соответствии с региональным перспективным планом развития инфраструктуры здравоохранения.

При этом определение сумм договоров закупа медицинских услуг осуществляется ежегодно.

70. Процедура закупа медицинских услуг на предстоящий год осуществляется до окончания текущего финансового года.

71. Проект договора закупа услуг в рамках ГОБМП и проект договора закупа услуг в системе ОСМС направляется фондом субъекту здравоохранения, в течение десяти рабочих дней со дня подведения итогов размещения объемов медицинских услуг.

72. Срок согласования и подписания договора закупа услуг с последующим его представлением фонду субъектом здравоохранения составляет не более трех рабочих дней со дня получения проекта договора закупа услуг.

73. В случае неподписания субъектом здравоохранения договора закупа услуг в срок, указанный в пункте 72 настоящих Правил, субъект здравоохранения признается уклонившимся от заключения договора закупа услуг, а предусмотренный по данному договору объем ГОБМП и (или) в системе ОСМС относится к неразмещенному объему.

74. Регистрация договора закупа услуг в реестре договоров закупа услуг осуществляется в электронном виде автоматически или в бумажном формате с присвоением уникального кода договора, с нумерацией уровней регионов и субъектов здравоохранения, с которыми заключены договора закупа услуг.

75. Список поставщиков, с которыми заключены договора закупа медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования, публикуется фондом не позднее трех рабочих дней со дня заключения договора закупа услуг на интернет-ресурсе фонда и управлений здравоохранения.

76. Поставщики для исполнения части услуг заключают договоры с соисполнителями, включенными в базу данных, независимо от места расположения их производственной базы или производственной базы их представительства (филиала), за исключением случаев, предусмотренных частью третьей пункта 78 настоящих Правил.

При выборе соисполнителей поставщик фонда руководствуется нормами настоящих Правил.

Выбор поставщиком соисполнителя производится из базы данных. В таком случае выбор поставщиком соисполнителя считается согласованным с фондом.

Не допускаются к соисполнению субъекты здравоохранения, если должностное лицо фонда (либо его близкие родственники, супруг (а) или свойственники), обладающее правом принимать решение, является их учредителем, участником либо акционером.

77. Субъекты здравоохранения, претендующие на включение в базу данных, в качестве соисполнителя, обеспечивают оказание медицинских услуг

потребителям медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, при реализации их права на свободный выбор медицинской организации и врача, в случае наличия показаний и направления от врача ПМСП или профильного специалиста данного субъекта здравоохранения.

В случае если между субъектом ПМСП и выбранной организацией КДП не заключен договор закупа услуг на привлечение ее в качестве соисполнителя, то направление от врача ПМСП или профильного специалиста данного субъекта здравоохранения является основанием для заключения договора между поставщиком ПМСП и организацией КДП, состоящей в базе данных в качестве соисполнителя.

Поставщики, заключившие договор закупа услуг с фондом, направляют фонду уведомление с приложением договора с соисполнителем для предоставления доступа соисполнителю к информационным системам здравоохранения.

78. Не допускается заключение поставщиком договора с соисполнителем при оказании медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, в случаях оказания:

1) доврачебной, квалифицированной медицинской помощи по форме ПМСП, включающей:

услуги специалистов ПМСП (врач общей практики, врач участковый, участковая (-ый) сестра (брат) медицинская) (-ий) (сестра (брат) медицинская (-ий) общей практики), фельдшер, акушерка);

иммунизацию, планирование семьи, диспансеризацию и динамическое наблюдение, патронаж беременных, детей, в том числе новорожденных, социально-психологическое консультирование;

профилактические услуги: профилактические осмотры, за исключением консультативно-диагностических услуг, оказываемых при проведении скрининговых осмотров целевых групп населения;

2) ВТМУ, за исключением оказания отдельных видов КДУ, которые не предоставляются в Республике Казахстан, необходимых для оказания ВТМУ, в

том числе медицинских услуг при обследовании донора костного мозга и (или) гемопоэтических стволовых клеток при осуществлении подбора и активации донора костного мозга и (или) гемопоэтических стволовых клеток;

3) сеансов амбулаторного гемодиализа и перитониального диализа, в случае, когда оказание данной помощи является основанием для размещения ему объемов;

4) оказание стационарной, стационарозамещающей помощи, в случае, когда оказание данной помощи является основанием для размещения ему объемов.

В случае оказания услуг, предусмотренных частью первой настоящего пункта, допускается заключение поставщиком договора с соисполнителем на оказание отдельных видов консультативно-диагностических и лечебных мероприятий, не являющихся основанием для размещения поставщику объемов медицинских услуг.

В случаях необходимости оказания отдельных видов медицинских услуг, которые не предоставляются в Республике Казахстан, поставщиком привлекаются в качестве соисполнителей иностранные субъекты здравоохранения.

Привлечение иностранных субъектов здравоохранения в качестве соисполнителей, не включенных в базу данных, осуществляется по согласованию с фондом.

Согласование фондом осуществляется в течение трех рабочих дней, и по решению фонда привлекаются профильные специалисты.

79. Привлечение поставщиком соисполнителей не освобождает поставщика от обязательств по договору закупа услуг и ответственности за его неисполнение, ненадлежащее и несвоевременное исполнение.

80. При изменении или дополнении норм действующего законодательства Республики Казахстан, регулирующих правоотношения, связанных с закупом медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, действие договора закупа услуг приводится в соответствие с этими нормами права. При этом действие договора закупа услуг прекращается или изменяется со дня вступления в силу таких изменений или дополнений, если иное не установлено законодательством Республики Казахстан.

Глава 4. Порядок исполнения договора закупа медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования

81. Исполнение договора закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС включает исполнение договорных обязательств:

1) поставщиками путем оказания медицинских услуг и соблюдения условий договора закупа;

2) фондом путем оплаты услуг субъектам здравоохранения с учетом результатов мониторинга договорных обязательств по качеству и объему медицинских услуг и государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг.

82. Оплата фондом услуг поставщиков и мониторинг договорных обязательств по качеству и объему медицинских услуг осуществляется в соответствии с Правилами оплаты услуг субъектов здравоохранения и Правилами оплаты стоимости фармацевтических услуг субъектам в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий, утвержденными приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 марта 2018 года № 138 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 16685).

83. Поставщик при исполнении договора закупа услуг обеспечивает ввод данных в информационные системы и электронные информационные ресурсы системы здравоохранения и их техническое сопровождение.

84. Иностранные субъекты здравоохранения участвуют в закупе услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС для оказания их на территории Республики Казахстан на равных условиях с субъектами здравоохранения Республики Казахстан.

85. Для разрешения вопросов, связанных с закупом услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС при фонде создается постоянно действующая апелляционная комиссия фонда, из числа представителей фонда, уполномоченного органа, НПП «Атамекен» и НПО, представляющих интересы потребителей медицинских услуг или субъектов здравоохранения.

Приложение 1
к Правилам закупа услуг
у субъектов здравоохранения
в рамках гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и в системе обязательного
социального медицинского
страхования

Форма

НАО «Фонд социального медицинского страхования» (филиал)

_____ (наименование и местонахождение фонда (филиала))

от _____

_____ (наименование субъекта здравоохранения)

Заявка для включения в базу данных субъектов здравоохранения,
претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного
социального медицинского страхования*

1. Сведения о юридическом (физическом) лице, претендующем на включение в базу данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования:

юридический, почтовый и электронный адрес, контактные телефоны субъекта здравоохранения _____

ИИН (для физического лица)

_____ ;

реквизиты субъекта здравоохранения (БИН, ИИК)

_____ ;

полное наименование и адрес банка или его филиала, в котором субъект здравоохранения обслуживается;

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

2. Заявляет в качестве (указать только нужное):

субъекта здравоохранения, претендующего на оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС по договору закупа медицинских услуг (поставщика);

соисполнителя, претендующего на оказание части обязательств поставщика услуг по договору закупа медицинских услуг на основании договора в соответствии с гражданским законодательством Республики Казахстан) на следующий (-ие) вид (-ы)/формы/услуги медицинской помощи в соответствии с Планом закупа медицинских услуг на _____ год

3. Указанные медицинские услуги оказываются населению

_____ (указывается наименование области, города республиканского значения или столицы)
по адресу _____

(указывается адрес (-а) производственной (-ых) баз (-ы))

4. Настоящей заявкой субъект здравоохранения выражает:

желание принять участие в процедуре формирования базы данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования в соответствии с требованиями и условиями, предусмотренными Правилами закупа услуг у субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 августа 2018 года № 591 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 15604) (далее - Правила);

согласия субъекта здравоохранения на получение сведений о нем, подтверждающих соответствие требованиям, установленным настоящими Правилами.

5. Настоящей заявкой субъект здравоохранения подтверждает отсутствие нарушений требований, предъявляемых Правилами к субъектам здравоохранения /соисполнителям для включения в базу данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного

объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, и достоверность представленных сведений.

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

1) _____ листов;

2) _____ листов;

3)...

/ _____

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

Место печати (при наличии)

Дата заполнения _____

Примечание:

* заполняется субъектом здравоохранения, претендующим на оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС по договору закупа услуг, и (или) соисполнителем, претендующим на оказание части обязательств поставщика услуг по договору закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС.

Приложение
к Заявке для включения в базу данных субъектов
здравоохранения, претендующих на оказание
медицинских услуг в рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской помощи и в
системе обязательного социального
медицинского страхования

Форма

**Сведения об ответственных лицах,
уполномоченных на ведение информационных систем здравоохранения**

(наименование субъекта здравоохранения)

№ п /п	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Должность	Индивидуальный идентификационный номер	Наименование информационной системы
1	2	3	4	5

Руководитель или уполномоченное им лицо _____
(подпись, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Место печати (при наличии)

Дата заполнения

Приложение 2
к Правилам закупа услуг
у субъектов здравоохранения
в рамках гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и в системе обязательного
социального медицинского
страхования

Форма

Уведомление
об отклонении заявки для включения в базу данных субъектов
здравоохранения, претендующих
на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального
медицинского страхования

НАО «Фонд социального медицинского страхования» уведомляет об отклонении заявки для включения в базу данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг (указать отклоненные формы медицинской помощи и (или) услуги, указанные в заявке на включение в базу данных) в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) и в системе обязательного социального медицинского страхования в связи с

_____ на основании пункта
_____ Правил закупа

(указать причину отклонения)

(указать номер пункта)

медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, утвержденных приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 августа 2017 года № 591 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 15604).

Руководитель филиала фонда (наименование)

или уполномоченное им лицо _____

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

Место печати (при наличии)

Дата заполнения

Приложение 3
к Правилам закупа услуг
у субъектов здравоохранения
в рамках гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и в системе обязательного
социального медицинского
страхования

Форма

Журнал регистрации заявок для включения в базу данных субъектов
здравоохранения,
претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного
объема
бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального
медицинского страхования

№ п /п	Дата, время (часов, минут)	БИН/ ИИН	Наименование субъекта здравоохранения	Количество листов заявки и прилагаемых к ней документов	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя или доверенного лица субъекта здравоохранения	№ доверенности и срок ее действия (при его наличии) *	№ документа, удостоверяющего личность доверенного лица субъекта здравоохранения, кем выдано, дата выдачи (при его наличии)	Подпись руководителя или доверенного лица субъекта здравоохранения)	Подпись секретаря комиссии	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Примечание:

*доверенность действительна при наличии документа, удостоверяющего личность доверенного лица.

Приложение 4
к Правилам закупа услуг
у субъектов здравоохранения
в рамках гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и в системе обязательного
социального медицинского
страхования

Форма

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

№п /п	БИН (ИИН)	Наименование субъекта здравоохранения	Юридический адрес	Адрес местонахождения производственной базы*	Субъект здравоохранения с государственной формой собственности	Субъект здравоохранения с частной формой собственности	Субъект здравоохранения, у которого 100 % голосующих акций (долей участия в уставном капитале) принадлежит государству
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение таблицы

Регион, населению которого будут оказываться услуги	Дата включения в базу данных	Дата исключения из базы данных	Вид/Форма медицинской помощи/услуги в соответствии с планом закупа медицинских услуг на ____ год **	Статус	
				Поставщик	Соисполнитель
9	10	11	12	14	15

Примечание:

* указываются производственные базы согласно лицензии на медицинскую деятельность;

** указываются виды/формы медицинской помощи/ услуги в соответствии с планом закупа медицинских услуг на ____ год, указанные в заявке на включение в базу данных, в котором субъект здравоохранения претендует оказывать услуги.

Приложение 5
к Правилам закупа услуг
у субъектов здравоохранения
в рамках гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и в системе обязательного
социального медицинского
страхования

Форма

Протокол
об итогах проведения кампании прикрепления населения к субъектам
здравоохранения,
оказывающим первичную-медико-санитарную помощь

«__» _____ 20__ года

_____ (местонахождение)

1. Комиссия по закупу медицинских услуг в составе:

_____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность председателя и других членов комиссии) рассмотрела итоги кампании прикрепления к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, проведенного в соответствии с Правилами прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 281 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11268).

2. Комиссия по закупу медицинских услуг по результатам рассмотрения итогов кампании прикрепления по состоянию на _____ путем открытого голосования
(указать дату)

РЕШИЛА:

определить следующий перечень субъектов здравоохранения первичной медико-санитарной помощи (далее - ПМСП), входящих в базу данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе

обязательного социального медицинского страхования (далее – база данных), которые допускаются к процедуре выбора поставщиков услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования:

№ п /п	БИН /ИИН	Наименование субъекта здравоохранения ПМСП	Юридический адрес	Численность прикрепленного населения, зарегистрированного в портале «Регистр прикрепленного населения»
1	2	3	4	5

3. Комиссия по закупу медицинских услуг по результатам рассмотрения итогов кампании прикрепления путем открытого голосования РЕШИЛА:

определить следующий перечень субъектов здравоохранения ПМСП, включенных в базу данных, которые не допускаются к процедуре выбора поставщиков услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи _____:

№ п /п	БИН /ИИН	Наименование субъекта здравоохранения ПМСП	Юридический адрес	Численность прикрепленного населения, зарегистрированного в портале РПН	Указать причины
1	2	3	4	5	6

За данное решение проголосовали: ЗА _____ голосов;
ПРОТИВ _____ голосов.

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), подписи председателя, других членов и секретаря комиссии)

Приложение 6
к Правилам закупа услуг
у субъектов здравоохранения
в рамках гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и в системе обязательного
социального медицинского
страхования

Форма

Объявление о проведении процедуры размещения объемов медицинских
услуг
в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или)
в системе обязательного социального медицинского страхования среди
субъектов здравоохранения, включенных в базу данных субъектов
здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках
гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе
обязательного социального медицинского страхования

НАО «Фонд социального медицинского страхования» (филиал)

_____ (указать наименование и местонахождение фонда (филиала))

объявляет о проведении процедуры размещения объемов медицинских услуг в соответствии с ___ пунктом (подпунктом) _____

(указать номер пункта (подпунктом) и правовой акт)

(указать только нужное: в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования)

по виду(-ам)/форме (-ам) медицинской помощи/услуги*:

_____ :

на 20__ год среди субъектов здравоохранения, включенных в базу данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.

Указанные виды/формы медицинской помощи/услуги (далее - медицинские услуги) оказываются на территории (для населения) _____.

(указать наименование области, города республиканского значения или столицы/района области)

Заявки на планируемые объемы указанных медицинских услуг (далее - заявки) представляются субъектами здравоохранения, включенными в базу данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования в _____

(нужное указать: наименование и местонахождение фонда/ филиала фонда)

по адресу** : _____ кабинет № _____ (при наличии)

(указать адрес)

посредством интернет-ресурса _____ ***.

(указать интернет-ресурс)

Дата начала приема заявок «__» _____ 20__ года __ часов __ минут.

Окончательный срок представления заявок на участие и прилагаемых к ним документов

до _____ часов « ____ » _____ 20__ года __ часов __ минут.

Дополнительную информацию и справку можно получить по телефону (-ам) _____.

(код города и номер (-а) телефона (-ов))

Примечание****

Примечание:

* вид(-ы)/форма (-ы) медицинской помощи/ услуги согласно Плана закупа услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, утвержденных согласно Правил закупа услуг у субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования, утвержденными приказом министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 августа 2017 года № 591 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 15604);

** при предоставлении заявки в бумажном варианте;

*** при предоставлении заявки в автоматизированном режиме;

**** указывается в случае необходимости.

Приложение 7
к Правилам закупа услуг
у субъектов здравоохранения
в рамках гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и в системе обязательного
социального медицинского
страхования

Форма

Заявка

на планируемые объемы медицинских услуг в рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного
социального медицинского страхования

В НАО «Фонд социального медицинского страхования»/ филиал фонда

_____ (наименование и местонахождение фонд /филиала фонда)

_____ (наименование субъекта здравоохранения)

заявляет (указать только нужное)

в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;

в системе обязательного социального медицинского страхования;

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

на следующий вид(-ы)/форму(-ы) медицинской помощи/услуги*:

_____ (указывается вид(-ы) медицинской помощи/ форма (-ы) медицинской помощи/ услуги, на оказание которой (-ых) претендует субъект здравоохранения).

К настоящей заявке прилагаются следующие документы:

1. _____
(_____ листов)

(указывается наименование документов) (указывается количество листов)

2. _____

/ _____

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

Место печати (при наличии)

Дата заполнения _____

Примечание:

* указывается согласно объявлению о проведении процедуры размещения объемов медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования среди субъектов здравоохранения, включенных в базу данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.

Приложение 8
к Правилам закупа услуг у субъектов
здравоохранения в рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской помощи и в
системе обязательного социального
медицинского страхования

**Сведения о наличии медицинских работников, необходимых для
выполнения заявленных объемов медицинских услуг***

№ п /п	Индивидуальный идентификационный номер	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Занимаемая должность	Образование (№ диплома, наименование учебного заведения и год окончания)	Стаж по специальности	Сертификат специалиста с (без) присвоением (-я) квалификационной категории (№ и дата выдачи)	Документ о повышении квалификации за последние 5 лет (при его наличии)	Документ о наличии ученой степени, звания (при его наличии)	Приказ о приеме на работу (№, дата)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Итого									

/ _____

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

Место печати (при наличии)

Дата заполнения _____

Примечание:

* заполняется на врачей и средних медицинских работников.

Приложение 9
к Правилам закупа услуг
у субъектов здравоохранения
в рамках гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и в системе обязательного
социального медицинского
страхования

Форма

**Сведения об опыте работы субъектов здравоохранения по видам и формам
представления медицинской
помощи, указанным в заявке на планируемые объемы медицинских услуг в
рамках гарантированного
объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного
социального медицинского страхования**

Сведения об объемах амбулаторно-поликлинической помощи

№ п /п	Объем за предыдущий период						20__ год	
	20__ год		20__ год		20__ год		Заявляемая численность прикреплен- ного населе- ния	Заявляемая сум- ма договора за- купа услуг в рамках ГОБМП, в тыс.тенге
	Числен- ность при- креплен- ного насе- ления*	Сумма до- говора заку- па услуг в рамках ГО- БМП в тыс.тен- ге**	Числен- ность при- креплен- ного насе- ления*	Сумма дого- вора закупа услуг в рам- ках ГОБМП, в тыс.тен- ге**	Числен- ность при- креплен- ного насе- ления*	Сумма дого- вора закупа услуг в рам- ках ГОБМП, в тыс.тен- ге**		
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)

				в тыс. тенге				
1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Итого						

продолжение таблицы

Заявленные объемы					
20__ год***		20__ год***		20__ год***	
Количество услуг консульта- тивно-диагностической помо- щи	Сумма в ,тыс. тенге	Количество услуг консульта- тивно-диагностической помо- щи	Сумма в ,тыс. тенге	Количество услуг консульта- тивно-диагностической помо- щи	Сум- ма, в тыс. тенге
10	11	12	13	14	15

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:

* указываются услуги в соответствии с объявлением о проведении процедуры размещения объемов медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования среди субъектов здравоохранения, включенных в базу данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования;

** указывается за последние три года. Если период оказания медицинской помощи составляет менее трех лет, указывается иной период оказания услуг медицинской помощи, предшествующий месяцу, в котором осуществляется размещение объемов медицинских услуг;

*** указывается количество на несколько лет в соответствии с Правилами закупа услуг у субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 августа 2017 года № 591 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 15604) (далее – Правила закупа);

**** 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 высокотехнологичных медицинских услуг *

№ п/п	Код ВТМУ	Наименование ВТМУ	Объем ВТМУ**					
			20__ год		20__ год		20__ год	
			Количество	Сумма, тыс. тенге **	Количество	Сумма, тыс. тенге	Количество	Сумма, тыс. тенге
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Итого								

продолжение таблицы

Заявленные объемы***					
20__ год		20__ год		20__ год	
Количество	Сумма, тыс. тенге	Количество	Сумма, тыс. тенге	Количество	Сумма, тыс. тенге
10	11	12	13	14	15

Приложение к настоящим сведениям на __ листах. ****

Примечание*****

Примечание:

* заполняется в случае подачи заявки на высокотехнологичные медицинские услуги;

/ _____

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

Место печати (при наличии)

Дата заполнения _____

Примечание:

* заполняется в случае подачи заявки на высокотехнологичные медицинские услуги.

Сведения об объеме услуг амбулаторного гемодиализа*

№ п /п	Объем за предыдущий период						
	20__ год**		20__ год**		20__ год**		
	Количество больных	Количество сеансов	Сумма, тыс. тенге	Количество больных	Количество сеансов	тыс. тенге	Количество больных
1	2	3	4	5	6	7	8
Итого							

Заявленные объемы услуг амбулаторного программного гемодиализа***									
20__ год			20__ год			20__ год			
Количество больных	Количество сеансов	тыс. тенге	Количество больных	Количество сеансов	тыс. тенге	Количество больных	Количество сеансов	тыс. тенге	
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

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 амбулаторного гемодиализа;

** указывается за последние три года по предъявленным к оплате согласно счет-реестров за оказание услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или в системе обязательного социального медицинского страхования). Если период оказания медицинской помощи составляет менее трех лет, указывается иной период оказания услуг медицинской помощи, предшествующий месяцу, в котором осуществляется размещение объемов медицинских услуг;

*** указывается количество на несколько лет в соответствии с Правилами закупа;

**** 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 специализированной медицинской помощи*:

№ п/п	Формы медицинской помощи	Объем за предыдущий период**					
		20__ год		20__ год		20__ год	
		Количество пролеченных случаев/ койко-дней	Сумма. тыс. тенге	Количество пролеченных случаев/ койко-дней	Сумма. тыс. тенге	Количество пролеченных случаев/ койко-дней	Сумма. тыс. тенге
1	2	3	4	5	6	7	8
Итого							

продолжение таблицы

Заявленные объемы ***					
20__ год		20__ год		20__ год	
Количество пролеченных случаев/ койко-дней		Количество пролеченных случаев/ койко-дней		Количество пролеченных случаев/ койко-дней	

	Сумма. тыс.тен- ге		Сумма. тыс.тен- ге		Сумма. тыс.тен- ге
9	10	11	12	13	14

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;

** указывается за последние три года. Если период оказания медицинской
помощи составляет менее трех лет, указывается иной период оказания услуг
медицинской помощи, предшествующий месяцу, в котором осуществляется
размещение объемов медицинских услуг;

*** указывается количество на несколько лет в соответствии с Правилами
закупа;

**** прилагается расчет заявленной суммы (в том числе услуг
стационарной и (или) стационарозамещающей помощи, перешедших из ВТМУ в
СМП) согласно приложению к настоящим сведениям произвольной формы с
указанием:

количества случаев(койко-дней);

стоимости услуг согласно тарифам (средней стоимости);

заявляемой суммы;

итоговой суммы;

***** заповняється в случае необходимости..

Сведения об объемах скорой медицинской помощи или медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом *

№ п /п	Объемы медицинской помощи за предыдущий период						Заявленные объемы ***					
	20__ год**		20__ год**		20__ год**		20__ год		20__ год		20__ год	
	численность прикрепленного населения	Сумма	численность прикрепленного населения	Сумма	численность прикрепленного населения	Сумма	численность прикрепленного населения	Сумма	численность прикрепленного населения	Сумма	численность прикрепленного населения	Сумма
1	2	3	4	5	6	7	10	11	12	13	14	15

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:

* заповняється в случае подачи заявки на оказание скорой медицинской помощи или медицинской помощи, связанной с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом;

** указывается за последние три года. Если период оказания медицинской помощи составляет менее трех лет, указывается иной период оказания услуг медицинской помощи, предшествующий месяцу, в котором осуществляется размещение объемов медицинских услуг;

*** указывается количество на несколько лет в соответствии с Правилами закупа;

**** 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 об объемах медицинской помощи, оплачиваемой по комплексному тарифу*:

№ п /п	Объемы медицинской помощи за предыдущий период						Заявленные объемы ***					
	20__ год**		20__ год**		20__ год**		20__ год		20__ год		20__ год	
	численность зарегистрированных больных	Сумма	численность зарегистрированных больных	Сумма	численность зарегистрированных больных	Сумма	численность зарегистрированных больных	Сумма	численность зарегистрированных больных	Сумма	численность зарегистрированных больных	Сумма
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

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, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями), лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией;

** указывается за последние три года. Если период оказания медицинской помощи составляет менее трех лет, указывается иной период оказания услуг медицинской помощи, предшествующий месяцу, в котором осуществляется размещение объемов медицинских услуг;

*** указывается количество на несколько лет в соответствии с Правилами закупа;

**** 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.

Сведения об объемах услуг, оказываемых службой крови*

№ п/п	Объемы медицинской помощи за предыдущий период								Заявленные объемы ***					
	20__ год**		20__ год**		20__ год**				20__ год		20__ год		20__ год	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

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 услуг по заготовке, переработке, хранению и реализации крови и ее компонентов, производству препаратов крови; по обеспечению лабораторного сопровождения трансплантации органов и тканей в соответствии с Положением об организациях здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере службы крови, утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 декабря 2011 года № 931 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 7404);

** указывается за последние три года. Если период оказания медицинской помощи составляет менее трех лет, указывается иной период оказания услуг медицинской помощи, предшествующий месяцу, в котором осуществляется размещение объемов медицинских услуг;

*** указывается количество на несколько лет в соответствии с Правилами закупа;

**** 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.

Приложение 10
к Правилам закупа услуг
у субъектов здравоохранения
в рамках гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и в системе обязательного
социального медицинского
страхования

Форма

Сведения о наличии медицинской техники,
необходимой для выполнения заявленных объемов медицинских услуг

№ п /п	Наименование медицинской техники	Год выпуска	Количество	Текущее состояние медицинской техники (в рабочем/в нерабочем)
1	2	3	4	5

_____ /

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

Место печати (при наличии)

Дата заполнения _____

Приложение 11
к Правилам закупа услуг
у субъектов здравоохранения
в рамках гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и в системе обязательного
социального медицинского
страхования

(наименование субъекта здравоохранения)

Сведения
о коечной мощности и наличии профильных отделений
(для субъектов здравоохранения, претендующих на оказание
стационарной и(или) стационарозамещающей медицинской помощи)

№ п/п	Наименование профиля койки	Число коек			
		20__ год	20__ год	20__ год	Пла- ни- руе- мое на 20__ год
1	2	3	4	5	6
Для взрослого населения, всего:					
В том числе:					
Стационарная медицинская помощь					
Реанимационные койки					
Стационарозамещающая помощь					
Для детского населения, всего:					
В том числе:					
Стационарная медицинская помощь					
Реанимационные койки					
Стационарозамещающая помощь					
ИТОГО (общее количество коек для оказания услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования)					

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

Место печати (при наличии)

Дата заполнения _____

Приложение 12
к Правилам закупа услуг
у субъектов здравоохранения
в рамках гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и в системе обязательного
социального медицинского
страхования

Форма

Журнал регистрации заявок на планируемые объемы медицинских услуг
в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи
и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования

№ п /п	Дата, время (часов, минут)	БИН/ ИИН	Наименование субъекта здравоохранения	Количество листов заявки и прилагаемых к ней документов	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя или доверенного лица субъекта здравоохранения	№ доверенности и срок ее действия (при его наличии) *	№ документа, удостоверяющего личность, доверенного лица субъекта здравоохранения, кем выдано, дата выдачи (при его наличии)	Подпись руководителя или доверенного лица субъекта здравоохранения	Подпись секретаря комиссии	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Примечание:

* доверенность действительна при наличии документа, удостоверяющего личность доверенного лица.

Приложение 13
к Правилам закупа услуг
у субъектов здравоохранения
в рамках гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и в системе обязательного
социального медицинского
страхования

Форма

Протокол
об итогах размещения (не размещения) объемов медицинских услуг
в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи
и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования

«__» _____ 20__ года

_____ (местонахождение)

1. Комиссия в составе: _____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность
председателя и других членов комиссии)

рассмотрела заявленные объемы медицинских услуг:

(нужное подчеркнуть: в рамках гарантированного объема бесплатной
медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального
медицинского страхования)

представленные субъектами здравоохранения, включенными в базу данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание объемов услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее - ГОБМП) и в системе обязательного социального медицинского страхования (далее - ОСМС),

по форме (-ам)/виду/услугам медицинской помощи в соответствии с Планом закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС *

Примечание: Примечание: _____

2. Сумма к распределению в рамках ГОБМП _____
(_____) тенге. **

(сумма цифрами и прописью)

Сумма к распределению в системе ОСМС _____ (_____) тенге. **

(сумма цифрами и прописью)

3. Комиссия на основании расчета согласно приложению к настоящему протоколу путем открытого голосования РЕШИЛА:

1) разместить объемы медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи медицинские услуги и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования по следующей (-им) форме (-ам)/виду(-ам)/услугам медицинской помощи в соответствии с Планом закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС:

№ п /п	БИН /ИИН	Наименование субъекта здравоохранения	Юридический адрес субъекта здравоохранения	Место оказания услуг (указать область, город республиканского значения, столицу)	Сумма (тыс. тенге)	Объемы медицинских услуг
1	2	3	4	5	6	7

2) НАО «Фонд социального медицинского страхования» (филиалу (фонда)

(наименование и местонахождение филиала фонда)

в срок до «__» _____ года заключить договор закупа медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования);

3) не размещать объемы медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования);

№ п /п	БИН /ИИН	Наименование субъекта здравоохранения, включенного в базу данных	Юридический адрес субъекта здравоохранения	Место оказания услуг (указать область, город республиканского значения, столицу)	Вид/ форма/ услуги медицинской помощи в соответствии с Планом закупа услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС на __год	Причина (основание)
1	2	3	4	5	6	7

По виду(-ам) форме(-ам)/услугам медицинской помощи в соответствии с Планом закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС не размещена сумма и (или) объемы медицинских услуг _____ тенге. **

(сумма цифрами и прописью)

За данное решение проголосовали: ЗА _____ голосов;

ПРОТИВ _____ голосов.

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), подписи председателя, других членов и секретаря комиссии)

Примечание: ***

Расчеты на _____ листах прилагаются.
(указывается количество листов)

Примечание:

* указывается в разрезе вида (-ов) форм(-ы)/услуг медицинской помощи в соответствии с Планом закупа услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

**указывается сумма (в случае наличия неразмещенных сумм и (или) объемов услуг);

*** заполняется в случае необходимости.