Приложение 9            
к приказу Министра здравоохранения  
 и социального развития       
 Республики Казахстан        
 от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года № \_\_\_

Приложение 9            
к стандарту государственной услуги «Определение соответствия (несоответствия) потенциального поставщика услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи предъявляемым требованиям»

Форма

Сведения о видах и формах медицинской помощи,  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                (наименование потенциального поставщика)

1. Сведения о количестве прикрепленного населения к организации ПМСП за последние 3 года\*:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Объемы медицинской помощи | | | | | |
| 20\_\_\_ год | | 20\_\_\_ год | | 20\_\_\_ год | |
| количество | сумма (в тенге) | количество | сумма (в тенге) | количество | сумма (в тенге) |
|  |  |  |  |  |  |

    Примечание:  
\* указывается потенциальным поставщиком при наличии прикрепленного населения.

Если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за иной период.

1. Сведения о количестве оказанных КДУ услуг за последние 3 года\* и заявленные на период \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Кодуслуги | Наименование услуги | Количество оказанных услуг | | | Заявка на 20\_\_\_год |
| 20\_\_\_ год | 20\_\_\_ год | 20\_\_\_ год |
|  |  |  |  |  |  |  |

Примечание:  
\* указывается потенциальным поставщиком или субподрядчиком.

Если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за иной период.

1. Сведения о перечне высокотехнологичных медицинских услуг\* (далее–ВТМУ), оказанных за последние 3 года\*\* и заявленные на период \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи \*\*\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код по МКБ 9 | Наименование технологии ВТМУ | Объем услуг по технологиям ВТМУ | | | | № и дата заключения на соответствие его требованиям к оказанию медицинской помощи по перечню технологий на заявленный период |
| 20\_\_\_ год | 20\_\_\_ год | 20\_\_\_ год | Заявка на 20\_\_\_ год |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

     Примечание:  
      \* заполняется в случае заявки потенциальным поставщиком на оказание технологий ВТМУ;  
      \*\* если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за фактический период оказания услуг ВТМУ.  
      \*\*\* в случае изменения перечня технологий ВТМУ в пределах суммы договора в период действия договора поставщик предоставляет заказчику заключение, выданное в порядке, определяемом уполномоченным органом.

1. Сведения об объеме услуг амбулаторного программного гемодиализа за последние 3 года\* и заявленные на период \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Объемы медицинской помощи | | | | | | | | | | | |
| 20\_\_\_ год | | | 20\_\_\_ год | | | 20\_\_\_ год | | | Заявка на 20\_\_\_год | | |
| Количество больных | Количество сеансов | сумма  (в тенге) | Количество больных | Количество сеансов | сумма  (в тенге) | Количество больных | Количествосеансов | сумма  (в тенге) | Количество больных | Количество сеансов | сумма  (в тенге) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Примечание:  
\* если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за иной период.

1. Сведения о стационарной медицинской помощи за последние 3 года\* и заявленные на период \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Виды медицинской помощи | Формы медицинской помощи | Объемы медицинской помощи | | | | | | | | | | | |
| 20\_\_\_ год | | | 20\_\_\_ год | | | 20\_\_\_ год | | | Заявка на 20\_ год | | |
| Количество коек | Количество пролеченных случаев | Сумма  (в тенге) | Количество коек | Количество пролеченных случаев | Сумма  (в тенге) | Количество коек | Количество пролеченных случаев | Количество коек | Количество коек | Количество пролеченных случаев | Количество коек |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Примечание:  
\* если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за иной период.

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

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя потенциального поставщика и его подпись)

Место печати