

Приложение 4
к Правилам формирования тарифов
на медицинские услуги, оказываемые
в рамках гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
и (или) в системе обязательного
социального медицинского страхования

Форма, предназначенная для сбора административных данных "Информация о потреблении лекарственных средств и медицинских изделий (в том числе реагентов)"

Представляется: Рабочий орган

Форма административных данных размещена на интернет-ресурсе:
<https://www.dsm.gov.kz>

Индекс: 4-ПЛСиМИ

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц, представляющих информацию: Референтные субъекты здравоохранения

Срок представления формы: в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления

| № | Наименование подразделения | Количество отпущенных средств в отделения |
|---|--|---|
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | Отделение 1 (согласно штатному расписанию) | |
| 2 | Отделение 2 (согласно штатному расписанию) | |
| 3 | Отделение 3 (согласно штатному расписанию) | |
| 4 | Отделение 4 (согласно штатному расписанию) | |
| | Итого | |

Руководитель субъекта здравоохранения:

_____ М.П.

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

Руководитель структурного подразделения субъекта

здравоохранения: _____

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

Ответственный

исполнитель:

_____ (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Телефон исполнителя: _____

Электронный адрес исполнителя: _____

Приложение к форме,
предназначенной для сбора
административных данных
"Информация о потреблении
лекарственных средств и медицинских
изделий (в том числе реагентов)"

Пояснение по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Информация о потреблении лекарственных средств и медицинских изделий (в том числе реагентов)"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящее пояснение определяет единые требования по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Информация о потреблении лекарственных средств и медицинских изделий (в том числе реагентов)" (далее – Форма);

2. Форма заполняется референтными субъектами здравоохранения и предоставляется в Рабочий орган;

3. Форма подписывается руководителем организации, выступающей субъектами здравоохранения, либо лицом, исполняющим его обязанности, с указанием его фамилии и инициалов;

4. Форма предоставляется в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления;

5. Форма заполняется на государственном и русском языках.

Глава 2. Заполнение формы

6. В графе 1 указывается порядковый номер;

7. В графе 2 указывается наименование подразделения;

8. В графе 3 указывается количество отпущенных лекарственных средств в отделения, согласно данным бухгалтерского учета и финансовой отчетности субъекта здравоохранения за исследуемый период.