

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру қағидаларына  
17-қосымша

"Медициналық қызметтерге жұмсалатын шығындар есебі" әкімшілік деректерді жинауға арналған нысан

Нысан қайда ұсынылады: Жұмыс органы

Әкімшілік деректер нысаны интернет-ресурста орналастырылған:  
<https://www.dsm.gov.kz>

Индекс: 17-ҚДҚЕ

Кезеңділігі: қажеттілігіне қарай

Ақпаратты ұсынатын тұлғалар тобы: Референтті денсаулық сақтау субъектілері

Нысанды ұсыну мерзімі: хабарламаны алғаннан кейінгі 10 жұмыс күні ішінде

№	Бөлімше атауы (бөлімше, операциялық блок реанимация)	Тарификатор бойынша қызмет коды	Тарификатор бойынша медициналық қызметтің атауы	% бойынша ықтималдық	Саны	Бірлік теңге	Бағасы
1	2	3	4	5	6	7	
Негізгі медициналық қызметтер							
		Қорытынды					
Қосымша медициналық қызметтер							
		Қорытынды					
		Жалпы сомасы					

Денсаулық сақтау субъектісінің басшысы:

М.О.

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Денсаулық сақтау субъектісінің құрылымдық бөлімшесінің басшысы:

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Жауапты

орындаушы:

(Лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)/ қолы)

Орындаушының телефоны: \_\_\_\_\_

Орындаушының электрондық мекенжайы: \_\_\_\_\_

Әкімшілік деректерді жинауға  
арналған нысанға қосымша  
"Медициналық қызметтерге  
жұмсалатын шығындар есебі"

**Әкімшілік деректерді жинауға арналған "Медициналық қызметтерге жұмсалатын шығындар есебі"  
нысанын толтыру бойынша түсіндірме**

1 тарау. Жалпы ережелер

1. Осы түсіндірме "Медициналық қызметтерге жұмсалатын шығындар есебі" әкімшілік деректерді жинауға арналған нысанды (бұдан әрі – Нысан) толтыру бойынша бірыңғай талаптарды айқындайды;

2. Нысанды денсаулық сақтаудың референттік субъектілері толтырады және жұмыс органына ұсынады;

3. Нысанға Денсаулық сақтау субъектілері болып табылатын ұйымның басшысы не оның міндетін атқаратын адам тегін және аты-жөнін көрсете отырып, қол қояды;

4. Нысан хабарламаны алған күннен бастап 10 жұмыс күні ішінде ұсынылады;

5. Нысан мемлекеттік және орыс тілдерінде толтырылады.

2 тарау. Нысанды толтыру

6. 1-бағанда реттік нөмірі көрсетіледі;

7. 2-бағанда бөлімшенің (бөлімше, Операциялық блок, реанимация) атауы көрсетіледі;

8. 3-4-бағандарда уәкілетті орган бекіткен тарификатор бойынша қызметтің коды және медициналық қызметтің атауы көрсетіледі;

9. 5-бағанда медициналық қызмет көрсету ықтималдығы % көрсетіледі;

10. 6-бағанда медициналық қызметтердің саны көрсетіледі;

11. 7-бағанда бекітілген тарификаторға сәйкес медициналық қызмет бірлігінің бағасы теңгемен көрсетіледі;

12. 8-бағанда 5, 6 және 7-бағандарды көбейту жолымен айқындалатын медициналық қызметтер бойынша шығындар сомасы теңгемен көрсетіледі.