

**Об утверждении Правил выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат**

Приказ и.о Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 июля 2015 года № 638. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 27 августа 2015 года № 11960

      В соответствии с пунктом 4 статьи 34 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» **ПРИКАЗЫВАЮ:**

      1. Утвердить прилагаемые Правила выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат.

      2. Комитету оплаты медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (Курманову А.М.) обеспечить:

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

      2) в течение десяти календарных дней после государственной регистрации настоящего приказа направление его копии на официальное опубликование в периодических печатных изданиях и информационно-правовой системе «Әділет»;

      3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан;

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

      3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого вице-министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Каирбекову С.З.

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

*Исполняющий обязанности*

*Министра здравоохранения*

*и социального развития*

*Республики Казахстан                   Б. Нурымбетов*

*СОГЛАСОВАН*

*Исполняющий обязанности*

*Министра национальной экономики*

*Республики Казахстан*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Т. Жаксылыков*

*31 июля 2015 года*

Утверждены

приказом исполняющего обязанности

министра здравоохранения

и социального развития

Республики Казахстан

от 30 июля 2015 года № 638

 **Правила**
**выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема**
**бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат**

 **1. Общие положения**

      1. Настоящие Правила выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат (далее – Правила) разработаны в соответствии с пунктом 4 статьи 34 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее – Кодекс о здоровье).

      Правила определяют порядок выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) гражданам Республики Казахстан и оралманам и возмещения его затрат за счет бюджетных средств, за исключением организаций здравоохранения:

      1) являющихся государственными учреждениями;

      2) ответственных за выполнение государственного задания;

      3) оказывающих лечение в соответствии с Правилами направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж за счет бюджетных средств утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 июня 2015 года № 544, зарегистрированным в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11795;

      4) оказывающих лечение гражданам Республики Казахстан и оралманам, претендующим на лечение за рубежом, в условиях отечественных медицинских организаций, возмещение которым осуществляется в порядке, определенном подпунктом 81) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье.

      2. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах:

      1) прикрепление граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи – регистрация обязательств организаций первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) по оказанию ПМСП и реализации прав граждан на ее получение в рамках ГОБМП;

      2) потенциальный субподрядчик – субъект здравоохранения, претендующий на оказание части обязательств поставщика по договору на оказание ГОБМП;

      3) потенциальный поставщик – субъект здравоохранения, претендующий на оказание ГОБМП;

      4) наблюдатели – представители региональных палат Национальной палаты предпринимателей Республики Казахстан «Атамекен», некоммерческих организации и общественных объединений, представляющих интересы пациентов и субъектов здравоохранения в данном регионе, профессиональных союзов работников здравоохранения;

      5) комиссия по прикреплению – постоянно действующий коллегиальный орган, создаваемый УЗ для определения потенциальных поставщиков ПМСП для участия в кампании свободного прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим ПМСП (далее – кампания по прикреплению), в соответствии с настоящими Правилами;

      6) администратор бюджетных программ (далее – администратор) – Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан или управления здравоохранения областей, городов Астаны и Алматы (далее – УЗ);

      7) субъект информатизации в области здравоохранения (далее – субъект информатизации) – юридическое лицо, осуществляющее деятельность и вступающее в правоотношения в сфере информатизации в области здравоохранения в части информационно-технического сопровождения информационных систем здравоохранения включая обеспечение информационной безопасности и организационно-методическую работу с субъектами здравоохранения, предварительную оценку пролеченных случаев;

      8) 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;

      9) субъект здравоохранения – организация здравоохранения, либо физическое лицо, занимающееся частной медицинской практикой и фармацевтической деятельностью;

      10) вновь вводимый объект здравоохранения – объект, построенный за счет бюджетных средств, впервые сданный в эксплуатацию, управление которым передано организации здравоохранения, которой выдана лицензия на осуществление соответствующей деятельности на данный объект;

      11) комиссия – постоянно действующий коллегиальный орган, создаваемый заказчиком для проведения выбора поставщиков и субподрядчиков в соответствии с настоящими Правилами;

      12) заявка на участие – заявка на участие в процедуре выбора поставщика, предоставляемая потенциальным поставщиком, или заявка на участие в кампании по прикреплению, предоставляемая потенциальным поставщиком ПМСП, или заявка на участие в процедуре выбора субподрядчиков, предоставляемая потенциальным субподрядчиком.

      13) субподрядчик – субъект здравоохранения, включенный в электронный реестр субподрядчиков, с которым заключен договор субподряда;

      14) выбор субподрядчиков – процедура, состоящая из комплекса взаимосвязанных последовательных мероприятий, направленных на определение соответствия потенциальных субподрядчиков требованиям настоящих Правил для включения в электронный реестр;

      15) электронный реестр субподрядчиков (далее – электронный реестр) – электронный реестр субъектов здравоохранения, определенных комиссией соответствующими требованиям Правил, предъявляемым потенциальному субподрядчику и допущенных к оказанию ГОБМП на основании договора субподряда;

      16) договор субподряда – гражданско-правовой договор, заключенный между субподрядчиком и поставщиком для исполнения части обязательств поставщика по договору на оказание ГОБМП;

      17) поставщик – субъект здравоохранения, с которым заключен договор на оказание ГОБМП;

      18) потенциальный поставщик ПМСП – субъект здравоохранения, претендующий на оказание ПМСП в рамках ГОБМП;

      19) производственная база – место оказания медицинских услуг согласно приложению к лицензии;

      20) заказчик – территориальный департамент Комитета оплаты медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее – ТД КОМУ) или УЗ, осуществляющие выбор поставщика услуг по оказанию ГОБМП за счет средств республиканского или местного бюджетов в соответствии с настоящими Правилами;

      21) тарификатор – утвержденный перечень медицинских услуг с указанием их стоимости согласно пункту 5 статьи 35 Кодекса о здоровье;

      22) выбор поставщика услуг ГОБМП (далее – выбор поставщика) – процедура, состоящая из комплекса взаимосвязанных последовательных мероприятий, направленных на определение соответствия потенциальных поставщиков требованиям Правил и размещение ГОБМП с заключением договоров на оказание ГОБМП;

      23) договор на оказание ГОБМП (далее – договор) – гражданско-правовой договор на оказание ГОБМП, заключенный между заказчиком и поставщиком;

      24) договор о намерениях на оказание ГОБМП (далее – договор намерения) – гражданско-правовой договор, заключенный между потенциальным поставщиком и субподрядчиком;

      25) размещение ГОБМП – определение комиссией объемов ГОБМП в пределах средств, предусмотренных планами финансирования бюджетных программ (подпрограмм) по обязательствам и платежам администратора, потенциальным поставщикам.

 **2. Порядок выбора поставщика услуг**
**гарантированного объема бесплатной медицинской помощи**

 **Параграф 1. Основные положения выбора поставщика услуг ГОБМП**

      3. Выбор поставщика услуг ГОБМП осуществляется:

      за счет средств республиканского бюджета по следующим видам медицинской помощи: квалифицированная, специализированная, высокоспециализированная, медико-социальная, которые оказываются в следующих формах:

      1) консультативно-диагностическая помощь в республиканских организациях здравоохранения;

      2) стационарная помощь и стационарозамещающая помощь, включая оказание республиканскими организациями здравоохранения медицинских услуг больным: психическими, инфекционными, онкологическими заболеваниями и туберкулезом, алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией;

      в реабилитационных центрах, санаториях;

      3) восстановительное лечение и медицинская реабилитация;

      за счет средств местного бюджета, включая целевые текущие трансферты, выделяемые из республиканского бюджета областным бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы, по видам и формам медицинской помощи, за исключением оказания ГОБМП, осуществляемого за счет средств республиканского бюджета.

      4. Выбор поставщика осуществляется с соблюдением принципов:

      1) обеспечения доступности ГОБМП;

      2) реализации свободного выбора гражданами Республики Казахстан и оралманами субъекта здравоохранения;

      3) обеспечения поставщиком рационального расходования денежных средств, используемых для осуществления деятельности по оказанию ГОБМП;

      4) предоставления потенциальным поставщикам равных возможностей для участия в процедуре выбора поставщика;

      5) гласности и прозрачности процедуры выбора поставщика;

      6) добросовестной конкуренции среди потенциальных поставщиков;

      7) территориальности (расположение производственной базы поставщика по месту оказания ГОБМП, указанному в извещении об осуществлении процедуры выбора поставщика).

      5. Выбор поставщика осуществляется по решению заказчика:

      1) на основании утвержденного администратором индивидуального плана финансирования по обязательствам;

      2) на высвободившийся и (или) размещенный не в полном объеме ГОБМП;

      3) на выделенные дополнительные денежные средства на оказание ГОБМП, за исключением выделения дополнительных денежных средств, которые размещаются заказчиком без объявления процедуры выбора поставщика, в случаях:

      на увеличение стоимости тарифов;

      на возмещение лизинговых платежей за медицинскую технику, приобретенную на условиях финансового лизинга в рамках ГОБМП;

      на определение заказчиком необходимости оказания дополнительного объема услуг;

      на возмещение затрат организациям, оказывающим ГОБМП, в организационно-правовой форме государственного предприятия, дочерним организациям АО «Национальный медицинский холдинг» и акционерных обществ и хозяйственных товариществ, сто процентов голосующих акций (долей участия в уставном капитале) которых принадлежит государству при передислокации услуг между данными организациями по решению администратора бюджетных программ путем целевого перераспределения им бюджетных средств;

      для вновь вводимых объектов здравоохранения, соответствующих требованиям, предъявляемым к потенциальным поставщикам настоящими Правилами;

      для пилотных организаций.

      6. Требования, предъявляемые к потенциальному поставщику:

      1) обладать правоспособностью (для юридических лиц), гражданской дееспособностью (для физических лиц);

      2) являться платежеспособным, не иметь налоговой задолженности;

      3) не подлежать процедуре банкротства либо ликвидации;

      4) обладать материальными и трудовыми ресурсами;

      7. Преимущественное право на заключение договора на оказание услуг ГОБМП имеют потенциальные поставщики, аккредитованные в сфере здравоохранения.

      8. Процедура выбора поставщика услуг ГОБМП состоит из следующих этапов:

      1) выбор потенциального поставщика ПМСП для участия в кампании по прикреплению;

      2) выбор потенциального субподрядчика услуг ГОБМП для включения в электронный реестр потенциальных субподрядчиков;

      3) выбор поставщика услуг ГОБМП и размещение ГОБМП.

 **Параграф 2. Порядок выбора потенциального поставщика ПМСП для**
**участия в кампании по прикреплению**

      9. Выбор потенциального поставщика ПМСП для участия в кампании по прикреплению проводится УЗ для определения соответствия (несоответствия) потенциального поставщика услуг ГОБМП требованиям, предъявляемым к потенциальному поставщику согласно пункту 6 и подтверждаемым представленными документами, предусмотренными пунктом 13 настоящих Правил.

      Кампания по прикреплению осуществляется 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, зарегистрированным в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11268 (далее – приказ № 281).

      Потенциальные поставщики ПМСП участвуют в кампании по прикреплению.

      10. Формирование состава комиссии по прикреплению и правила еҰ работы УЗ осуществляет аналогично пунктам 44 – 57 настоящих Правил.

      Комиссия по прикреплению определяет соответствие (несоответствие) потенциального поставщика требованиям Правил для участия в кампании по прикреплению.

      11. УЗ извещает потенциальных поставщиков ПМСП об осуществлении процедуры определения соответствия (несоответствия) потенциальных поставщиков для участия в кампании по прикреплению за один месяц до ее начала путем подачи объявления о приеме заявок на участие в процедуре допуска к участию в кампании по прикреплению по форме согласно приложению 1 к настоящим Правилам, которое публикуется в периодическом печатном издании, распространяемом на территории столицы, города республиканского значения, соответствующей области, и интернет-ресурсе УЗ (далее – объявление о проведении кампании по прикреплению).

      12. Потенциальный поставщик ПМСП предоставляет в УЗ заявку

на участие в процедуре определения потенциальных поставщиков для

участия в кампании свободного прикрепления граждан Республики

Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, по форме согласно приложению 2 к настоящим Правилам в срок, определенный УЗ, но не менее десяти рабочих дней со дня размещения УЗ объявления о проведении кампании по прикреплению.

      13. Потенциальный поставщик ПМСП прилагает к заявке на участие следующие документы:

      1) нотариально засвидетельствованные копии:

      свидетельства или справки о государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица (электронная версия справки нотариально не свидетельствуется);

      документа, предоставляющего право на осуществление предпринимательской деятельности без образования юридического лица, выданного соответствующим государственным органом (для физического лица);

      договора доверительного управления (при его наличии);

      лицензий на занятие медицинской деятельностью и приложений к ним, подтверждающих право потенциального поставщика ПМСП на оказание соответствующей медицинской помощи (электронные лицензия и приложения к ней нотариально не свидетельствуется);

      2) копий:

      документа, удостоверяющего личность (для физического лица);

      устава (в случае, если в уставе не указан состав учредителей, участников или акционеров, также представляются выписка о составе учредителей, участников или копия учредительного договора, или выписка из реестра держателей акций);

      свидетельства об аккредитации в сфере здравоохранения (при его наличии);

      3) сведения о квалификации кадров, по форме согласно приложению 3 к настоящим Правилам (далее – сведения о квалификации кадров) заверенные подписью руководителя и скрепленные печатью потенциального поставщика ПМСП (при наличии свидетельства об аккредитации данные сведения не представляются);

      4) доверенность лицу (-ам), представляющему (-им) интересы потенциального поставщика ПМСП на право подачи, подписания заявки на участие и в заседаниях комиссии.

      Потенциальный поставщик ПМСП, не являющийся резидентом Республики Казахстан, в подтверждение его соответствия требованиям, предъявляемым к потенциальному поставщику согласно пункту 6 настоящих Правил, представляет документы, предусмотренные настоящим пунктом или аналогичные сведения подтверждающие соответствие данным требованиям.

      Заявка на участие предоставляется секретарю комиссии по прикреплению нарочно в прошитом виде с пронумерованными страницами без исправлений и помарок, заверенном на последней странице подписью руководителя и скрепленном печатью до истечения окончательного срока их предоставления.

      14. Прием и регистрацию заявки на участие осуществляет секретарь комиссии в журнале регистрации заявок на участие в процедуре определения потенциальных поставщиков первичной медико-санитарной помощи для участия в кампании свободного прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 4 к настоящим Правилам, который пронумерован, прошнурован и на последней странице заверен подписью руководителя и скреплен печатью.

      15. Потенциальному поставщику ПМСП после регистрации заявки на участие секретарем комиссии по прикреплению выдается:

      расписка о приеме документов;

      расписка об отказе в приеме документов в случаях:

      1) заявка на участие и документы, прилагаемые к ней, оформлены ненадлежащим образом;

      2) к заявке на участие прилагается неполный пакет документов по перечню, предусмотренному пунктом 13 настоящих Правил.

      16. Комиссия по прикреплению в течение пяти рабочих дней со дня истечения окончательного срока представления заявок на участие по результатам рассмотрения заявок на участие потенциальных поставщиков ПМСП принимает решение о соответствии (несоответствии) потенциальных поставщиков ПМСП требованиям предъявляемым к потенциальному поставщику согласно пункту 6 настоящих Правил, для участия в кампании свободного прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, которое оформляется протоколом по форме согласно приложению 5 к настоящим Правилам.

      17. Комиссия по прикреплению определяет потенциальных поставщиков ПМСП, не соответствующими требованиям пункта 6 настоящих Правил, и признает их не допущенными к кампании по прикреплению в следующих случаях:

      1) в представленных документах, предусмотренных пунктом 13 настоящих Правил, содержится недостоверная информация;

      2) несоответствие заявленной медицинской помощи сведениям, указанным в представленных документах;

      3) расположения производственной базы потенциального поставщика или его представительства (при подаче заявки на участие представительством), указанной в представленных документах, вне территории, определенной заказчиком в извещении об осуществлении процедуры выбора поставщика.

      18. На основании решения комиссии по прикреплению председатель комиссии оглашает перечень потенциальных поставщиков ПМСП:

      соответствующих требованиям пункта 6 настоящих Правил, предъявляемым потенциальному поставщику ПМСП, и допущенных к участию в кампании по прикреплению;

      не соответствующих требованиям пункта 6 настоящих Правил, предъявляемым потенциальному поставщику ПМСП, и не допущенных к участию в кампании по прикреплению.

      19. УЗ со дня принятия комиссией по прикреплению решения:

      в течение трех календарных дней публикует список потенциальных поставщиков ПМСП, допущенных к участию в кампании по прикреплению с указанием места их нахождения и контактных телефонов, в периодическом печатном издании, распространяемом на территории столицы, города республиканского значения, соответствующей области, и интернет-ресурсе УЗ;

      в срок не позднее одного рабочего дня направляет субъекту информатизации выписку из протокола для предоставления потенциальным поставщикам ПМСП, допущенным к участию в кампании по прикреплению, пароля и логина доступа в портал «РПН».

      20. Субъект информатизации представляет пароль и логин доступа в портал «РПН» ответственному лицу потенциального поставщика ПМСП, допущенного к участию в кампании по прикреплению, в срок не позднее одного рабочего дня до начала кампании по прикреплению.

      21. Потенциальный поставщик ПМСП, допущенный к участию в кампании по прикреплению, направляет субъекту информатизации копию приказа о назначении ответственного лица, на которого возложена персональная ответственность за ведение портала «РПН» в порядке, определенном приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года № 7 «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь», зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6774.

      22. До проведения кампании по прикреплению, потенциальные поставщики ПМСП, допущенные к участию в кампании по прикреплению, проводят информационно-разъяснительную работу среди населения.

      23. УЗ не позднее 1 декабря текущего года подводит итоги кампании по прикреплению и предоставляет комиссии по прикреплению перечень потенциальных поставщиков ПМСП с указанием численности прикрепленного к ним населения, зарегистрированного в портале «РПН», с выделением потенциальных поставщиков ПМСП, впервые участвующих в кампании по прикреплению.

      24. Комиссия по прикреплению в течение десяти рабочих дней рассматривает итоги кампании по прикреплению и принимает решение, которое оформляется протоколом:

      об определении перечня потенциальных поставщиков ПМСП с указанием численности прикрепленного к ним населения, зарегистрированного в портале «РПН», которые допускаются к процедуре выбора поставщика;

      по перераспределению населения, прикрепленного к потенциальным поставщикам ПМСП, численность которого не соответствует требованиям государственного норматива сети организаций здравоохранения Республики Казахстан, утвержденному приказом Министра здравоохранения и социального развития 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 – приказ № 284);

      по спорным вопросам прикрепления населения между потенциальными поставщиками ПМСП;

      по перераспределению населения с учетом их права на свободное прикрепление, прикрепленного к потенциальному поставщику ПМСП, но не допущенного к процедуре выбора поставщика, другим потенциальным поставщикам ПМСП, допущенным к процедуре выбора поставщика.

      25. Выписка из протокола о соответствии (несоответствии) требованиям, предъявляемым к потенциальному поставщику, для участия в кампании свободного прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по форме согласно приложению 6 выдается потенциальным поставщикам ПМСП и представляется УЗ на рассмотрение комиссии при проведении процедуры выбора поставщика.

      26. К процедуре выбора поставщика допускаются потенциальные поставщики ПМСП, численность прикрепленного населения которого соответствует приказу № 284.

      27. Комиссия по прикреплению принимает решение о признании процедуры определения потенциальных поставщиков ПМСП для участия в кампании по прикреплению несостоявшейся и о повторном ее проведении, которое оформляется протоколом по форме согласно приложению 7 к настоящим Правилам, в случаях:

      1) отсутствия заявок на участие;

      2) несоответствия ни одного из потенциальных поставщиков ПМСП требованиям пункта 6 настоящих Правил;

      3) представленные документы ни одного из потенциальных поставщиков ПМСП не соответствуют предусмотренным пунктом 13 настоящих Правил.

 **Параграф 3. Порядок выбора потенциального субподрядчика услуг**
**ГОБМП для включения в электронный реестр потенциальных**
**субподрядчиков**

      28. Заказчик ежегодно не позднее 15 ноября извещает путем подачи объявления об осуществлении процедуры выбора потенциальных субподрядчиков для включения в электронный реестр по форме согласно приложению 8 к настоящим Правилам, которое публикуется в периодическом печатном издании, распространяемом на территории соответствующей области, городов Астаны и Алматы, и интернет-ресурсе администратора.

      29. Потенциальный субподрядчик предоставляет заказчику заявку

на участие в процедуре выбора потенциальных субподрядчиков для включения в электронный реестр по форме согласно приложению 9 к настоящим Правилам в срок, определенный заказчиком.

      30. Потенциальный субподрядчик прилагает к заявке на участие следующие документы:

      1) нотариально засвидетельствованные копии:

      свидетельства или справки о государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица (электронная версия справки нотариально не свидетельствуется);

      документа, предоставляющего право на осуществление предпринимательской деятельности без образования юридического лица, выданного соответствующим государственным органом (для физического лица);

      договора доверительного управления (при наличии);

      лицензий на занятие медицинской деятельностью и приложений к ним, подтверждающих право на оказание соответствующих медицинских услуг (электронные лицензия и приложения к ней нотариально не свидетельствуется);

      2) копии:

      удостоверения личности или паспорта гражданина Республики Казахстан (для физического лица);

      устава (в случае, если в уставе не указан состав учредителей, участников или акционеров, также представляются выписка о составе учредителей, участников или нотариально засвидетельствованная копия учредительного договора, или выписка из реестра держателей акций);

      свидетельства об аккредитации в сфере здравоохранения (при его наличии);

      3) сведения о квалификации кадров (при наличии свидетельства об аккредитации данные сведения не представляются);

      4) доверенность лицу (-ам), представляющему (-им) его интересы на право подачи, подписания заявки для включения в реестр и в заседаниях комиссии.

      Потенциальный субподрядчик, не являющийся резидентом Республики Казахстан, в подтверждение его соответствия требованиям, предъявляемым к потенциальному поставщику согласно пункту 6 настоящих Правил, представляет документы, предусмотренные настоящим пунктом, или аналогичные сведения подтверждающие соответствие данным требованиям.

      Заявка на участие предоставляется секретарю комиссии нарочно в прошитом виде с пронумерованными страницами без исправлений и помарок, заверенном на последней странице подписью руководителя и скрепленном печатью до истечения окончательного срока их предоставления.

      31. Прием и регистрацию заявки на участие осуществляет секретарь комиссии в журнале регистрации заявок на участие в процедуре определения потенциальных субподрядчиков для формирования электронного реестра субподрядчиков по форме согласно приложению 10 к настоящим Правилам, который пронумерован, прошнурован и на последней странице заверен подписью руководителя и скреплен печатью.

      32. Потенциальному субподрядчику после регистрации заявки на участие секретарем комиссии выдается:

      расписка о приеме документов;

      расписка об отказе в приеме документов в случаях:

      1) заявка на участие и документы, прилагаемые к ней, оформлены ненадлежащим образом;

      2) к заявке на участие прилагается неполный пакет документов по перечню, предусмотренному пунктом 30 настоящих Правил.

      33. Рассмотрение заявок на участие потенциального субподрядчика и принятие решения о соответствии (несоответствии) потенциального субподрядчика требованиям, предъявляемым пунктом 6 настоящих Правил для включения в электронный реестр на соответствующий год осуществляет комиссия в порядке, определенном согласно пунктам 44 – 57 настоящих Правил.

      34. Решение комиссии о соответствии (несоответствии) потенциального субподрядчика требованиям, предъявляемым пунктом 6 настоящих Правил для включения в электронный реестр на соответствующий год оформляется протоколом по форме согласно приложению 11 к настоящим Правилам.

      По запросу потенциального субподрядчика или его представителя по доверенности выдается выписка из протокола о включении или об отказе включения в электронный реестр субподрядчиков гарантированного объема бесплатной медицинской помощи согласно приложению 12 к настоящим Правилам.

      35. Комиссия, определяет потенциальных субподрядчиков несоответствующих требованиям, предъявляемым пунктом 6 настоящих Правил, к ним для включения в электронный реестр на соответствующий год, и признает их, не допущенными к оказанию ГОБМП на основании договора субподряда, в следующих случаях:

      1) в представленных документах, предусмотренных пунктом 30 настоящих Правил содержится недостоверная информация;

      2) несоответствие заявленной медицинской помощи сведениям, указанным в представленных документах.

      36. Председатель комиссии на основании решения комиссии оглашает перечень потенциальных субподрядчиков:

      соответствующих требованиям, предъявляемым пунктом 6 настоящих Правил, потенциальному субподрядчику для включения в электронный реестр на соответствующий год, и допущенных к оказанию ГОБМП на основании договора субподряда;

      не соответствующих требованиям, предъявляемым пунктами 6 настоящих Правил, потенциальному субподрядчику для включения в электронный реестр на соответствующий год, и не допущенных к оказанию ГОБМП на основании договора субподряда.

      37. Заказчик на основании решения комиссии формирует электронный реестр по форме согласно приложению 13 к настоящим Правилам и размещает на интернет-ресурсе администратора не позднее 1 декабря текущего года, в дальнейшем, в течение соответствующего года по мере внесения в него изменений и дополнений.

      38. Электронный реестр на соответствующий год действует на всей территории Республики Казахстан.

      39. Потенциальный субподрядчик в период действия электронного реестра на соответствующий год подает заявку для включения в электронный реестр в соответствии с пунктом 29 настоящих Правил.

      40. Внесение изменений и дополнений в электронный реестр на соответствующий год осуществляется на основании решения комиссии в порядке, определенном пунктами 29 – 37 настоящих Правил, без объявления процедуры выбора потенциальных субподрядчиков.

      41. Комиссия принимает решение о признании процедуры выбора потенциальных субподрядчиков для включения в электронный реестр несостоявшейся и о повторном ее проведении, которое оформляется протоколом по форме согласно приложению 14 к настоящим Правилам, в случаях:

      1) отсутствия заявок на участие;

      2) несоответствия ни одного из потенциальных субподрядчиков требованиям пункта 6 настоящих Правил;

      3) представленные документы ни одного из потенциальных поставщиков ПМСП не соответствуют предусмотренным пунктом 30 настоящих Правил.

 **Параграф 4. Порядок выбора поставщика услуг ГОБМП и**
**размещение ГОБМП**

      42. Процедура выбора поставщика услуг ГОБМП предусматривает выполнение заказчиком следующих последовательных мероприятий:

      1) извещение заказчиком потенциальных поставщиков о начале осуществления процедуры выбора поставщика;

      2) формирование и утверждение состава комиссии;

      3) прием заявок на участие в процедуре выбора поставщика;

      4) рассмотрение комиссией заявок на участие для определения соответствия (несоответствия) потенциального поставщика услуг ГОБМП требованиям, предъявляемым к потенциальному поставщику;

      5) размещение ГОБМП комиссией потенциальным поставщикам, соответствующим требованиям, предъявляемым к потенциальному поставщику, и допущенным к размещению ГОБМП;

      6) заключение договора на оказание услуг ГОБМП;

      7) извещение об итогах размещения ГОБМП.

      43. Извещение заказчиком потенциальных поставщиков об осуществлении процедуры выбора поставщика осуществляется путем подачи объявления по форме согласно приложению 15 к настоящим Правилам, которое публикуется в периодическом печатном издании, распространяемом на территории соответствующей области, городов Астаны и Алматы и интернет-ресурсе администратора за пять рабочих дней до даты окончания приема заявок на участие.

      44. Комиссия состоит из председателя комиссии, заместителя председателя комиссии и других членов комиссии. Общее количество членов комиссии составляет нечетное число, но не менее пяти человек.

      Включение в состав комиссии осуществляется по письменному запросу заказчика на основе письменно представленных кандидатур соответствующих территориальных департаментов Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее – ТД ККМФД) и ТД КОМУ (в случае если заказчиком является УЗ), УЗ (если заказчиком является ТД КОМУ).

      Состав комиссии утверждается приказом заказчика.

      45. Председателем комиссии является первый руководитель организации заказчика.

      Председатель комиссии планирует работу, руководит деятельностью комиссии, председательствует на заседаниях комиссии и осуществляет иные функции, предусмотренные настоящими Правилами.

      Во время отсутствия председателя его функции выполняет заместитель председателя комиссии.

      46. Заместителем председателя комиссии является заместитель руководителя организации заказчика.

      47. Организационная деятельность комиссии обеспечивается секретарем комиссии, определяемым из числа должностных лиц заказчика. Секретарь комиссии не является членом комиссии и не имеет права голоса при принятии комиссией решения.

      48. Комиссия действует со дня вступления в силу решения о ее создании и прекращает свою деятельность в день издания заказчиком приказа о создании нового состава комиссии.

      49. Заседание комиссии является правомочным, если на нем присутствует простое большинство от общего числа членов комиссии.

      Не допускается проведение заседания комиссии в отсутствие председателя комиссии и заместителя председателя комиссии.

      В случае отсутствия одного из членов комиссии в протоколе заседания комиссии указывается причина его отсутствия. Допускается замена члена комиссии, который не может принять участие в работе комиссии по обоснованным причинам, другой соответствующей кандидатурой до начала заседания комиссии на основании письменного представления соответствующих ТД ККМФД и ТД КОМУ (в случае если заказчиком является УЗ), УЗ (если заказчиком является ТД КОМУ).

      50. Не допускается рассмотрение заявок на участие без проведения заседания комиссии.

      51. Секретарь комиссии за три календарных дня до даты проведения процедуры выбора поставщика оповещает членов комиссии и наблюдателей о сроках заседания комиссии.

      52. Допускается на заседаниях комиссии при рассмотрении заявок на участие присутствие представителей потенциальных поставщиков и наблюдателей, не вмешиваясь в деятельность комиссий, и проведение аудиозаписи и (или) видеосъемки.

      Представители потенциальных поставщиков и наблюдатели до начала заседания комиссии уведомляют секретаря комиссии о своем участии на заседании комиссий и проведении аудиозаписи и (или) видеосъемки.

      53. На заседании комиссии в ходе рассмотрения заявок на участие секретарь комиссии перечисляет членам комиссии и другим присутствующим представленные заявки на участие и документы, приложенные к ним.

      54. При необходимости уточнения соответствия потенциального поставщика непричастности к процедуре банкротства и (или) ликвидации комиссия рассматривает информацию, размещенную на интернет-ресурсе уполномоченного органа, осуществляющего контроль за проведением процедур банкротства и (или) ликвидации.

      55. Не допускаются направление запроса и иные действия комиссии, связанные с приведением приложенных к заявке на участие документов в соответствие с предусмотренными пунктами 13, 30, и 61 настоящих Правил, заключающиеся в дополнении заявки на участие недостающими документами, замене документов, приложенных в заявке на участие, приведение ненадлежащим образом оформленных документов в соответствие с предусмотренными пунктами 13, 30, и 61 настоящих Правил.

      56. Решение комиссии принимается открытым голосованием и считается принятым, если за него подано большинство голосов от общего количества присутствующих на заседании членов комиссии. В случае равенства голосов, принятым считается решение членов комиссии, за которое проголосовал председатель комиссии, в случае его отсутствия, заместитель председателя комиссии.

      При несогласии с решением комиссии член комиссии представляет председателю мотивированные возражения в письменном виде.

      57. Решения комиссии оформляется секретарем комиссии в виде протокола, который подписывается присутствующими председателем комиссии, его заместителем, другими членами комиссии и парафируется секретарем комиссии.

      Протокол заседания комиссии содержит сведения о присутствующих, отсутствующих членах комиссии, решении, принятом на заседании комиссии с указанием числа голосов (за, против).

      Председатель на основании решения комиссии оглашает перечень потенциальных поставщиков, допущенных и не допущенных к процедуре размещения ГОБМП.

      По запросу потенциального поставщика или его представителя выдается выписка из протокола заседания комиссии относительно принятого решения.

      58. Прием и регистрацию заявки на участие осуществляет секретарь комиссии в журнале регистрации заявок на участие в процедуре выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно приложению 16 к настоящим Правилам, при этом последняя страница журнала заверяется подписью руководителя и скрепляется печатью.

      59. Заявка на участие представляется потенциальным поставщиком или его представителем по доверенности секретарю комиссии в прошитом виде с пронумерованными страницами без исправлений и помарок, при этом последняя страница заверяется подписью руководителя и скрепляется печатью.

      60. Потенциальному поставщику после регистрации заявки на участие секретарем комиссии выдается:

      расписка о приеме документов по форме согласно приложению 17 к настоящим Правилам.

      расписка об отказе в приеме документов по форме согласно приложению 18 к настоящим Правилам в случаях:

      1) заявка на участие и документы, прилагаемые к ней, оформлены ненадлежащим образом;

      2) к заявке на участие прилагается неполный пакет документов по перечню, предусмотренному пунктом 61 настоящих Правил.

      61. Потенциальный поставщик предоставляет заказчику заявку на участие в процедуре выбора поставщика услуг ГОБМП по форме согласно приложению 19 к настоящим Правилам в срок, определенный заказчиком.

      К заявке на участие прилагаются следующие документы потенциального поставщика:

      1) нотариально засвидетельствованные копии:

      свидетельства или справки о государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица (электронная версия справки нотариально не свидетельствуется);

      документа, предоставляющего право на осуществление предпринимательской деятельности без образования юридического лица, выданного соответствующим государственным органом (для физического лица);

      договора доверительного управления (при наличии);

      лицензий на занятие медицинской деятельностью и приложений к ним, подтверждающих право на оказание соответствующих медицинских услуг и расположение производственной базы потенциального поставщика по месту их оказания на территории, указанной заказчиком в извещении об осуществлении процедуры выбора поставщика (электронные лицензия и приложения к ней нотариально не свидетельствуется);

      2) копии:

      удостоверения личности или паспорта (для физического лица);

      устава (в случае, если в уставе не указан состав учредителей, участников или акционеров, также представляются выписка о составе учредителей, участников или нотариально засвидетельствованная копия учредительного договора, или выписка из реестра держателей акций);

      свидетельства об аккредитации в сфере здравоохранения (при его наличии);

      документа, подтверждающего наличие сертифицированной системы (сертифицированных систем) менеджмента качества в соответствии с требованиями национальных стандартов по оказываемым услугам (при его наличии);

      заключения, выданного ТД ККМФД, о соответствии потенциального поставщика к оказанию им медицинской помощи по перечню технологий высокоспециализированной медицинской помощи (далее – ВСМП), указанных в его заявке на участие;

      решения уполномоченного органа о включении потенциального поставщика 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) в порядке, определенном на основании пункта 5 статьи 170 Кодекса о здоровье (в случае подачи заявки на участие по оказанию ВСМП);

      3) гарантийное обязательство по форме согласно приложению 20 к настоящим Правилам с приложением информации, подтверждающей наличие у него запаса материальных ресурсов на срок не менее одного месяца по лекарственным средствам и изделиям медицинского назначения, по продуктам питания для оказания услуг со дня определения его поставщиком до получения оплаты, предусмотренной условиями договора;

      гарантийное письмо о соответствии его положению (положениям) о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих соответствующую медицинскую помощь, утвержденному (утвержденным) уполномоченным органом, при заключении договора на весь период его действия (при наличии свидетельства об аккредитации в области здравоохранения гарантийное письмо не представляется);

      информация о кредиторской задолженности на текущий период;

      сведения о квалификации кадров (при наличии свидетельства об аккредитации данные сведения не представляются);

      сведения о видах и формах медицинской помощи, оказанных за последние 3 года и на заявленный период, по форме согласно приложению 21 к настоящим Правилам, коечном фонде по форме согласно приложению 22 к настоящим Правилам, наличии медицинской техники по форме согласно приложению 23 к настоящим Правилам;

      договор о намерениях на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно приложению 24 к настоящим Правилам на отсутствующие виды/подвиды медицинской деятельности, указанные в заявке на участие;

      предварительный договор на оказание услуг ГОБМП онкологическим больным между всеми онкологическими диспансерами в соответствии с гражданским законодательством Республики Казахстан;

      4) доверенность лицу (-ам), представляющему (-им) его интересы на право подачи, подписания заявки на участие и в заседаниях комиссии.

      Потенциальный поставщик, не являющийся резидентом Республики Казахстан, в подтверждение его соответствия требованиям, предъявляемым к потенциальному поставщику согласно пункту 6 настоящих Правил, представляет документы, предусмотренные настоящим пунктом или аналогичные сведения подтверждающие соответствие данным требованиям.

      62. Комиссия в течение четырех рабочих дней со дня истечения окончательного срока представления заявок на участие, определенного заказчиком, рассматривает заявки на участие и принимает решение о соответствии (несоответствии) требованиям, предъявляемым пунктом 6 настоящих Правил, потенциальному поставщику для участия в оказании ГОБМП на соответствующий год, которое оформляется протоколом по форме согласно приложению 25 к настоящим Правилам.

      63. Комиссия, определяет потенциальных поставщиков несоответствующих требованиям, предъявляемым пунктом 6 настоящих Правил, к ним для участия в оказании ГОБМП на соответствующий год, и признает их, не допущенными к процедуре размещения ГОБМП, в следующих случаях:

      1) в представленных документах, предусмотренных пунктом 61 настоящих Правил, содержится недостоверная информация;

      2) несоответствие заявленной медицинской помощи сведениям, указанным в представленных документах;

      3) расположения производственной базы потенциального поставщика или его представительства (при подаче заявки на участие представительством), указанной в представленных документах, вне территории, определенной заказчиком в извещении об осуществлении процедуры выбора поставщика.

      64. В день принятия решения комиссии председатель комиссии оглашает перечень потенциальных поставщиков:

      соответствующих требованиям, предъявляемым пунктом 6 настоящих Правил, потенциальному поставщику для участия в оказании ГОБМП на соответствующий год, и допущенных к процедуре размещения ГОБМП;

      не соответствующих требованиям, предъявляемым пунктом 6 настоящих Правил, потенциальному поставщику для участия в оказании ГОБМП на соответствующий год, и не допущенных к процедуре размещения ГОБМП.

      По запросу потенциального поставщика или его представителя выдается выписка из протокола о соответствии (несоответствии) требованиям, предъявляемым к потенциальному поставщику согласно приложению 26 к настоящим Правилам.

      65. Комиссия принимает решение о признании процедуры выбора поставщика несостоявшейся и о повторном ее проведении, которое оформляется протоколом по форме согласно приложению 27 к настоящим Правилам, в случаях:

      1) отсутствия заявок на участие;

      2) несоответствия ни одного из потенциальных субподрядчиков требованиям пункта 6 настоящих Правил;

      3) представленные документы ни одного из потенциальных поставщиков ПМСП не соответствуют предусмотренным пунктом 61 настоящих Правил.

      66. Комиссия принимает решение о размещении ГОБМП с учетом потребности в ГОБМП в пределах выделенных бюджетных средств в течение трех рабочих дней после оглашения перечня потенциальных поставщиков, соответствующих требованиям, предъявляемым пунктом 6 настоящих Правил, потенциальному поставщику для участия в оказании ГОБМП на соответствующий год, которое оформляется протоколом об итогах размещения (корректировки)гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно приложению 28 к настоящим Правилам.

      67. Комиссия принимает решение о размещении ГОБМП потенциальным поставщикам ПМСП в части численности прикрепленного населения к ним, зарегистрированного в портале «РПН»:

      по итогам кампании по прикреплению на основании выписки из протокола комиссии по прикреплению согласно пункту 25 Правил;

      на основании представленного УЗ решения о территориальном перераспределении населения, не использовавшего права на свободное прикрепление к субъекту здравоохранения, оказывающему ПМСП.

      68. Комиссия размещает амбулаторно-поликлинические услуги ГОБМП потенциальным поставщикам ПМСП с учетом консультативно-диагностической помощи, указанной в договоре намерения.

      69. При размещении ГОБМП потенциальному поставщику комиссией учитываются следующие критерии:

      опыт работы потенциального поставщика по видам и формам представления медицинской помощи, указанным в заявке на участие;

      наличие профильных отделений и их коечная мощность (для поставщиков, оказывающих стационарную и стационарозамещающую медицинскую помощь);

      количество посещений населением в смену (для поставщиков, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь);

      показатель смертности (летальности) за последние три года;

      количество жалоб, зарегистрированных ТД ККМФД, за последние три года;

      исполнение обязательств потенциального поставщика по ранее заключенным договорам на оказание ГОБМП за последние три года (при их наличии).

      70. Список поставщиков услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на соответствующий год по форме согласно приложению 29 к настоящим Правилам, публикуется заказчиком в течение десяти календарных дней со дня подведения итогов размещения ГОБМП в периодическом печатном издании, распространяемом на территории столицы, города республиканского значения, соответствующей области, и интернет-ресурсе администратора.

      71. Поставщики в течение месяца со дня заключения договора публикуют информацию о размещенном у них ГОБМП с указанием видов и форм предоставления медицинской помощи, перечня услуг высокоспециализированной медицинской помощи, в периодическом печатном издании, распространяемом на территории административно-территориальной единицы и (или) интернет-ресурсе, а также в местах, доступных для всеобщего обозрения (по месту расположения поставщика) и информирует Заказчика.

 **3. Порядок возмещения затрат поставщика услуг**
**гарантированного объема бесплатной медицинской помощи**

      72. Возмещение затрат поставщикам за счет бюджетных средств осуществляется заказчиком на основании заключенных договоров на оказание ГОБМП в пределах средств, предусмотренных планами финансирования бюджетных программ (подпрограмм) по обязательствам и платежам администратора на соответствующий финансовый год с учетом реализации гражданами Республики Казахстан права свободного выбора субъекта, оказывающего ГОБМП, и результатов контроля качества и объема медицинской помощи, в порядке, определенном на основании подпункта 81) статьи 7 Кодекса о здоровье.

      73. Заказчик заключает договор на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно приложению 30 к настоящим Правилам (далее – Договор) с поставщиком, включенным в перечень согласно решению комиссии, на соответствующий финансовый год.

      Заказчик в течение трех рабочих дней со дня подведения итогов размещения ГОБМП направляет поставщику подписанный Договор.

      Поставщик в течение трех рабочих дней со дня получения подписанного заказчиком договора подписывает его и представляет заказчику.

      В случае если поставщик не представил в установленные сроки подписанный договор, предусмотренный по данному договору объем ГОБМП относится к денежным средствам, не размещенным в полном объеме.

      Договор вступает в силу после подписания его сторонами и подлежит обязательной регистрации в территориальном органе Комитета казначейства Министерства финансов Республики Казахстан.

      74. Возмещение затрат осуществляется, на основании актов выполненных работ (услуг), по тарифам, утвержденным администратором бюджетных программ на основании пункта 5 статьи 35 Кодекса о здоровье формирование которых осуществляется в порядке, определенном приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 «Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи», зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6697.

      75. Возмещение затрат за оказание услуг ГОБМП иностранцам и лицам без гражданства, находящимся на территории Республики Казахстан, осуществляется при острых заболеваниях, представляющих опасность для окружающих, в соответствии с Перечнем острых заболеваний, представляющих опасность для окружающих, при которых иностранцы и лица без гражданства, находящиеся на территории Республики Казахстан, имеют право на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, утвержденным приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 1 апреля 2015 года № 194, зарегистрированным в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11317.

      76. Возмещение лизинговых платежей за медицинскую технику, приобретенную на условиях финансового лизинга в рамках ГОБМП, осуществляется на основании заключенного дополнительного соглашения к договору на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно приложению 31 к настоящим Правилам в порядке, определенном на основании подпункта 81) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье.

      77. Физическим лицам, занимающимся частной медицинской практикой, возмещение затрат, связанных с их деятельностью по оказанию ГОБМП, осуществляется в порядке, определенном на основании подпункта 81) статьи 7 Кодекса о здоровье.

      78. Поставщик привлекает субподрядчиков из электронного реестра путем заключения договора субподряда на оказание услуг гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по форме согласно приложению 32 к настоящим Правилам.

      Поставщик в течение трех рабочих дней после заключения договора субподряда уведомляет заказчика о привлечении субподрядчика из электронного реестра субподрядчиков и предоставляет копию договора субподряда.

      Оплата услуг поставщиком субподрядчику осуществляется в порядке, определенном на основании подпункта 81) статьи 7 Кодекса о здоровье.

      79. В соответствии с правом свободного выбора граждан Республики Казахстан и оралманов субъекта здравоохранения, размещенный объем ГОБМП корректируется путем заключения дополнительного соглашения к договору на оказание ГОБМП с поставщиком.

      80. Поставщики при реорганизации путем слияния, присоединения, разделения, преобразования или выделения в течение одного рабочего дня со дня получения ими документа о предстоящей реорганизации направляют заказчику письменное уведомление с приложением соответствующих документов.

      Права и обязанности реорганизуемого поставщика переходят правопреемнику в соответствии с гражданским законодательством Республики Казахстан.

      Заказчик принимает решение о проведении процедуры выбора поставщика, которая осуществляется согласно настоящим Правилам, при высвобождении объема ГОБМП реорганизованным поставщиком, если его обязательства по оказанию ГОБМП не переходят правопреемнику или отсутствует правопреемник.

      81. Заказчик и поставщики принимают меры по защите электронных информационных систем здравоохранения и интегрированных с ними информационных систем (далее – информационные системы здравоохранения), содержащих персональные данные по оказанным услугам ГОБМП, включая обеспечение:

      предотвращения несанкционированного доступа к персональным данным;

      своевременного обнаружения фактов несанкционированного доступа

к персональным данным, если такой доступ не удалось предотвратить;

      минимизации неблагоприятных последствий несанкционированного доступа к персональным данным.

      Поставщики несут ответственность за обеспеченность интернет и кадровыми ресурсами для работы с информационными системами здравоохранения, обеспечивающими учет услуг ГОБМП.

      82. По инициативе заказчика, поставщика или Национальной палаты предпринимателей Республики Казахстан «Атамекен» создаются согласительные комиссии с равным представительством по разрешению споров, возникающих в процессе исполнения договора на оказание ГОБМП.

      83. Все споры, возникающие в процессе исполнения договора на оказание ГОБМП или договора субподряда, разрешаются в соответствии с гражданским законодательством Республики Казахстан.

Приложение 1

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

                 Объявление о приеме заявок на участие

         в процедуре допуска к участию в кампании по прикреплению

     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (наименование, почтовый и электронный адреса заказчика)

объявляет о проведении процедуры определения потенциальных

поставщиков для участия в кампании свободного прикрепления граждан

Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения,

оказывающим первичную медико-санитарную помощь (далее – кампания по

прикреплению), на 20\_\_\_ год, на территории

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

  (наименование области, города республиканского значения или столицы)

      Заявки на участие в кампании по прикреплению и перечень

прилагаемых к нему документов, формы которых размещены на

интернет-ресурсе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

                                     (интернет-ресурс)

представляются потенциальными поставщиками в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                             (наименование заказчика)

по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кабинет № \_\_\_\_\_\_.

      Окончательный срок представления заявок на участие и

прилагаемых к нему документов до \_\_\_\_\_\_\_ часов «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года.

      Заявки на участие в кампании по прикреплению будут рассмотрены

в \_\_\_\_ часов « »       20\_\_\_ года по следующему адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

кабинет № \_\_\_\_\_\_.

      Дополнительную информацию и справки можно получить по

телефону(-ам) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Приложение 2

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

Заказчику\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                              (наименование заказчика)

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                   (наименование потенциального поставщика)

                               Заявка

    на участие в процедуре определения потенциальных поставщиков для

     участия в кампании свободного прикрепления граждан Республики

    Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим

                первичную медико-санитарную помощь

      1. Сведения о юридическом (физическом) лице, претендующем на

участие в процедуре определения потенциальных поставщиков для участия

в кампании свободного прикрепления граждан Республики Казахстан и

оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную

медико-санитарную помощь (далее – потенциальный поставщик ПМСП):

      юридический, почтовый адрес и контактные телефоны

потенциального поставщика ПМСП;

      банковские реквизиты потенциального поставщика ПМСП (ИИН, БИН,

ИИК), а также полное наименование и адрес банка или его филиала, в

котором потенциальный поставщик ПМСП обслуживается;

      фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя

потенциального поставщика ПМСП.

      2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                    (наименование потенциального поставщика)

настоящей заявкой выражает желание принять участие в процедуре

определения потенциальных поставщиков для участия в кампании

свободного прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к

субъектам здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную

помощь, в качестве потенциального поставщика в соответствии с

требованиями и условиями, предусмотренными Правилами выбора

поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной

медицинской помощи и возмещения его затрат, утвержденными в порядке,

определенном на основании пункта 4 статьи 34 Кодекса о здоровье.

      3. Настоящей заявкой подтверждает отсутствие нарушений

требований, предъявляемых к потенциальному поставщику и достоверность

представленных сведений.

      Приложение:

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

           (Наименование документа с указанием количества листов)

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

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

руководителя потенциального поставщика ПМСП и его подпись)

Место печати

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

Приложение 3

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

                  Сведения о квалификации кадров \*

           \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

             (наименование потенциального поставщика)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №
п/п | 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 |
|
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |

      Примечание:

      \*при наличии свидетельства об аккредитации данные сведения не

представляются.

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Место печати

Приложение 4

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

                       Журнал регистрации заявок

    на участие в процедуре определения потенциальных поставщиков

первичной медико-санитарной помощи для участия в кампании свободного

  прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам

    здравоохранения, оказывающим первичной медико-санитарной помощи

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п  | Дата, время (часов, минут) | Наименование потенциального поставщика | Количество листов заявки и прилагаемых к ним документов | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) первого руководителя или представителя потенциального поставщика | № доверенности и срок ее действия\* | № удостоверения личности представителя потенциального поставщика, кем выдано, дата выдачи | Подпись первого руководителя или представителя потенциального поставщика о получении расписки | Подпись секретаря комиссии | Примечания |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |

Примечание:

\*доверенность действительна при наличии удостоверения личности

представителя

Приложение 5

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

                                 Протокол

     о соответствии (несоответствии) требованиям, предъявляемым к

      потенциальному поставщику, для участия в кампании свободного

        прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов

                к субъектам здравоохранения, оказывающим

                  первичную медико-санитарную помощь\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                           «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(местонахождение)

1. Комиссия в составе: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность

председателя, его заместителя, членов комиссии)

рассмотрела заявку на участие в процедуре определения потенциальных

поставщиков для участия в кампании свободного прикрепления граждан

Республики Казахстан и оралманов к субъектам здравоохранения,

оказывающим первичную медико-санитарную помощь (далее – заявка на

участие), следующего потенциального поставщика:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование потенциального поставщика | Юридический адрес | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя, № удостоверения личности, кем выдан, дата выдачи |
| 1 | 2 | 3 |
|
 |
 |
 |

      При рассмотрении заявки на участие представитель потенциального

поставщика:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

                    (присутствовал/отсутствовал)

      2. Заявка на участие рассмотрена и содержит следующие

документы:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Количество листов | Соответствует или не соответствует утвержденной форме | Наличие соответствующих подписей и печатей | Соответствие сведений содержащихся в документе заявке на участие |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|
 |
 |
 |
 |
 |
 |

      3. Комиссия по результатам рассмотрения заявки на участие путем

открытого голосования РЕШИЛА: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                             (наименование потенциального поставщика)

соответствует (не соответствует) предъявляемым требованиям Правил

выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат, утвержденных в

порядке, определенном на основании пункта 4 статьи 34 Кодекса о

здоровье, и допущен (не допущен) к участию кампании свободного

прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам

здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь.

      За данное решение проголосовали: ЗА \_\_\_\_\_\_\_\_ голосов;

                                   ПРОТИВ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ голосов.

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подписи

председателя, его заместителя, членов и секретаря комиссии)

      Примечание:

      \* заполняется отдельно на каждого потенциального поставщика

Приложение 6

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

                        Выписка из протокола

    о соответствии (несоответствии) требованиям, предъявляемым к

     потенциальному поставщику, для участия в кампании свободного

        прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов

         к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную

                      медико-санитарную помощь

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                           «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(местонахождение)

      Комиссия, созданная приказом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                         (наименование заказчика)

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                              (название приказа)

по результатам рассмотрения заявки на участие в процедуре

определения потенциальных поставщиков для участия в кампании

свободного прикрепления граждан Республики Казахстан и

оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную

медико-санитарную помощь, на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год путем открытого

голосования РЕШИЛА:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (наименование потенциального поставщика)

соответствует (не соответствует) предъявляемым требованиям Правил

выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат, утвержденных в

порядке, определенном на основании пункта 4 статьи 34 Кодекса о

здоровье и допущен (не допущен) к участию кампании свободного

прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к субъектам

здравоохранения, оказывающим ПМСП.

      Руководитель заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Место печати

Приложение 7

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

                                   Протокол

          о признании процедуры определения потенциальных поставщиков

            для участия в кампании свободного прикрепления граждан

               Республики Казахстан и оралманов к субъектам

    здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь,

                   несостоявшейся и повторном ее проведении

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                       «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

  (местонахождение)

      Комиссия в составе: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

              (фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность

                    председателя, его заместителя, членов комиссии)

в связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (указать соответствующую причину: отсутствие заявок на участие

в процедуре определения потенциальных поставщиков для участия в

кампании свободного прикрепления граждан Республики Казахстан и

оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную

медико-санитарную помощь, (далее – заявка на участие), несоответствие

ни одного из потенциальных поставщиков, подавших заявки на участие,

требованиям, предъявляемым к потенциальному поставщику)

путем открытого голосования РЕШИЛА:

      1) процедуру определения потенциальных поставщиков для участия

в кампании свободного прикрепления граждан Республики Казахстан и

оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную

медико-санитарную помощь, от « »       20\_\_ года признать несостоявшейся и провести ее повторно в срок до « »       20\_\_ года;

      2) заказчику \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                  (наименование заказчика)

в срок до « »       20\_\_\_года направить текст объявления о признании

процедуры определения потенциальных поставщиков для участия в

кампании свободного прикрепления граждан Республики Казахстан и

оралманов к субъектам здравоохранения, оказывающим первичную

медико-санитарную помощь, от « »       20\_\_ года несостоявшейся и повторном ее проведении для опубликования.

      За данное решение проголосовали: ЗА \_\_\_\_\_\_\_\_\_ голосов;

                                   ПРОТИВ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ голосов.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

   председателя, его заместителя, членов и секретаря комиссии)

Приложение 8

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

                                 Объявление

                        об осуществлении процедуры

                   выбора потенциальных субподрядчиков

                    для включения в электронный реестр

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (наименование, почтовый и электронный адреса заказчика)

объявляет о формировании электронного реестра потенциальных

субподрядчиков, оказывающих консультативно-диагностические услуги

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, для оказания

части обязательств по договору на оказание гарантированного

объема бесплатной медицинской помощи (далее – электронный реестр

потенциальных субподрядчиков) на\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_год, на территории

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(наименование области, города республиканского значения или столицы)

      Заявки на участие для включения в электронный реестр

потенциальных субподрядчиков и перечень прилагаемых к нему

документов, формы которых размещены на

интернет-ресурсе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

                            (интернет-ресурс)

представляются потенциальными поставщиками в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                             (наименование заказчика)

по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кабинет № \_\_\_\_\_\_.

      Окончательный срок представления заявок на участие и

прилагаемых к нему документов до \_\_\_\_\_\_\_ часов «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

      Заявки на участие для включения в реестр потенциальных

субподрядчиков будут рассмотрены в \_\_\_\_ часов «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_

года по следующему адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кабинет № \_\_\_\_\_\_

      Дополнительную информацию и справку можно получить по телефону (ам):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(код города и номер (а) телефона (ов)

Приложение 9

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

Заказчику \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

              (наименование заказчика)

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

   (наименование потенциального субподрядчика)

                                Заявка

       на участие в процедуре выбора потенциальных субподрядчиков

                 для включения в электронный реестр

      1. Сведения о юридическом (физическом) лице, претендующем на

включение в электронный реестр субподрядчиков гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи (далее – реестр):

      юридический, почтовый адрес и контактные телефоны

потенциального субподрядчика гарантированного объема бесплатной

медицинской помощи (далее – потенциальный субподрядчик);

      банковские реквизиты потенциального субподрядчика (ИИН, БИН,

ИИК), а также полное наименование и адрес банка или его филиала, в

котором потенциальный субподрядчик обслуживается;

      фамилия, имя, отчество (при его наличии) первого руководителя

потенциального субподрядчика.

      2. Заявляет на следующие услуги (виды и формы медицинской помощи):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(услуги, на оказание которых претендует потенциальный субподрядчик).

      3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                 (наименование потенциального поставщика)

настоящей заявкой выражает желание о включении в реестр для оказания

ГОБМП в соответствии с требованиями и условиями, предусмотренными

Правилами выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат, утвержденными

в порядке, определенном на основании пункта 4 статьи 34 Кодекса о

здоровье.

      4. Настоящей заявкой подтверждаем отсутствие нарушений

требований, предъявляемых к потенциальному субподрядчику, и

достоверность представленных сведений.

      Приложение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

               (наименование документа с указанием количества листов)

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

      (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) первого

руководителя потенциального субподрядчика и его подпись)

Место печати

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

Приложение 10

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

                         Журнал регистрации заявок

     на участие в процедуре определения потенциальных субподрядчиков

         для формирования электронного реестра субподрядчиков

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п  | Дата, время (часов, минут) | Наименование потенциального поставщика | Количество листов заявки и прилагаемых к ним документов | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя или представителя потенциального поставщика | № доверенности и срок ее действия\* | № удостоверения личности представителя потенциального поставщика, кем выдано, дата выдачи | Подпись первого руководителя или представителя потенциального поставщика о получении расписки | Подпись секретаря комиссии | Примечания |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |

      Примечание:

\*доверенность действительна при наличии удостоверения личности

представителя

Приложение 11

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

                                Протокол

     о соответствии (несоответствии) потенциального субподрядчика

      предъявляемым требованиям для включения в электронный реестр

                            субподрядчиков

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                          «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ года

(местонахождение)

      1. Комиссия в составе: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                 фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность

                 председателя, его заместителя, членов комиссии)

рассмотрела заявку на включение в электронный реестр потенциальных

субподрядчиков (далее – заявка для включения в реестр) следующего

потенциального субподрядчика:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование потенциального субподрядчика | Юридический адрес | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя, № удостоверения личности, кем выдан, дата выдачи |
| 1 | 2 | 3 |
|
 |
 |
 |

      При рассмотрении заявки на участие представитель потенциального

субподрядчика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

                              (присутствовал/отсутствовал)

      2. Заявка для включения в реестр рассмотрена и содержит

следующие документы:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Количество листов | Соответствует или не соответствует утвержденной форме | Наличие соответствующих подписей и печатей |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|
 |
 |
 |
 |
 |

      3. Заявка для включения в реестр рассмотрена и определены

соответствующими/несоответствующими следующие услуги ГОБМП:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Соответствует/ не соответствует | Причина несоответствия |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|
 |
 |
 |
 |

      4. Комиссия по результатам рассмотрения заявки для включения в

реестр путем открытого голосования РЕШИЛА:

      1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

               (наименование потенциального субподрядчика)

соответствует (не соответствует) предъявляемым требованиям пунктами 6 и 47 Правил выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного

объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат,

утвержденных в порядке, определенном на основании пункта 4 статьи 34

Кодекса о здоровье и допущен (не допущен) к включению в электронный

реестр потенциальных субподрядчиков на оказание гарантированного

объема бесплатной медицинской помощи по видам: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

                                 (указывается вид медицинской помощи)

      2) секретарю комиссии в срок до «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года

направить копию настоящего протокола управлению здравоохранения

области, городов Астаны и Алматы для включения данного потенциального

субподрядчика в электронный реестр потенциальных субподрядчиков на

оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи,

формируемый на интернет-ресурсе управления здравоохранения области,

городов Астаны и Алматы.

      За данное решение проголосовали: ЗА \_\_\_\_\_\_\_\_\_ голосов;

                                       ПРОТИВ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ голосов.

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

            (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подписи

        председателя, его заместителя, членов и секретаря комиссии)

Приложение 12

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

                         Выписка из протокола

       о включении или об отказе включения в электронный реестр

                           субподрядчиков

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                    «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

      (местонахождение)

      Комиссия, созданная приказом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                        (наименование заказчика)

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                (название приказа)

по результатам рассмотрения заявки на участие для включения в

электронный реестр потенциальных субподрядчиков на оказание

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи путем открытого

голосования РЕШИЛА:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

           (наименование потенциального субподрядчика)

соответствует (не соответствует) предъявляемым требованиям Правил

выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат, утвержденных в

порядке, определенном на основании пункта 4 статьи 34 Кодекса о

здоровье и допущен (не допущен) к включению в электронный реестр

потенциальных субподрядчиков на оказание гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи по видам медицинской

помощи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

           (указать)

Руководитель заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                 (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/ подпись)

Место печати

Приложение 13

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

                                   Реестр

субподрядчиков гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование субподрядчика | Адрес местонахождения | Дата включения в реестр | № и дата протокола | Перечень услуг |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|
 |
 |
 |
 |
 |
 |

Приложение 14

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

                                  Протокол

       о признании процедуры определения потенциальных субподрядчиков

          для формирования электронного реестра субподрядчиков

              несостоявшейся и повторном ее проведении

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                       «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(местонахождение)

      Комиссия в составе: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

              (фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность

                     председателя, его заместителя, членов комиссии)

в связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (указать соответствующую причину: отсутствие заявок на участие

в процедуре определения потенциальных субподрядчиков для формирования

электронного реестра субподрядчиков (далее – заявка на участие),

несоответствие ни одного из потенциальных субподрядчиков, подавших

заявки на участие, требованиям, предъявляемым к потенциальному

субподрядчику) путем открытого голосования РЕШИЛА:

      1) процедуру определения потенциальных субподрядчиков для

формирования электронного реестра субподрядчиков от « »  20\_\_ года на

выделенную сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) тенге

                         (сумма цифрами и прописью)

признать несостоявшейся и провести ее повторно в срок до « »   20\_\_ года;

      2) заказчику \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                 (наименование заказчика)

в срок до « »       20\_\_\_ года направить текст объявления о признании

процедуры определения потенциальных субподрядчиков для формирования

электронного реестра субподрядчиков от « »       20\_\_ года несостоявшейся и повторном ее проведении для опубликования.

За данное решение проголосовали: ЗА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ голосов;

                                  ПРОТИВ \_\_\_\_\_\_\_ голосов.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подписи

председателя, его заместителя, членов и секретаря комиссии)

Приложение 15

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

                               Объявление

       о проведении процедуры выбора поставщика услуг по оказанию

         гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (наименование, почтовый и электронный адреса заказчика)

объявляет о проведении процедуры выбора поставщика услуг по оказанию

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее –

услуги по оказанию ГОБМП) на \_\_\_\_\_\_\_ год (далее – процедура):

по виду (-ам) медицинской помощи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

по форме (-ам) медицинской помощи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

      Услуги по оказанию ГОБМП оказываются на территории

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование области, города республиканского значения или столицы)

      Заявки на участие в процедуре и перечень прилагаемых к ним

документов, формы которых размещены на интернет-ресурсе

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, представляются потенциальными поставщиками в

(интернет-ресурс)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                     (наименование заказчика)

по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кабинет № \_\_\_\_\_\_.

      Окончательный срок представления заявок на участие в процедуре

и прилагаемых к ним документов до \_\_\_\_\_\_\_ часов «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

      Заявки на участие в процедуре будут рассмотрены в \_\_\_\_ часов

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года по следующему адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кабинет № \_\_\_\_\_\_.

Дополнительную информацию и справку можно получить по телефону (ам):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Приложение 16

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

                       Журнал регистрации заявок

       на участие в процедуре выбора поставщика услуг по оказанию

        гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п  | Дата, время (часов, минут) | Наименование потенциального поставщика | Количество листов заявки и прилагаемых к ним документов | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя или представителя потенциального поставщика | № доверенности и срок ее действия\* | № удостоверения личности представителя потенциального поставщика, кем выдано, дата выдачи | Подпись первого руководителя или представителя потенциального поставщика о получении расписки | Подпись секретаря комиссии | Примечания |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |

      Примечание:

\* доверенность действительна при наличии удостоверения личности

представителя

Приложение 17

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

                               Расписка

                        о приеме документов

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                             №    « »    20 года

(местонахождение)

      Секретарь комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                        (фамилия, имя, отчество (при его наличии)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

секретаря комиссии, наименование и адрес заказчика)

получил(-а) заявку на участие с прилагаемыми документами на \_\_\_\_\_

листах в прошитом, пронумерованном виде от

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(указать наименование потенциального поставщика услуг

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи или

потенциального субподрядчика или потенциального поставщика первичной

медико-санитарной помощи и фамилия, имя, отчество (при его наличии)

его представителя) которая зарегистрирована за №\_\_\_\_ в журнале

регистрации заявок на участие в процедуре выбора поставщика услуг по

оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, в

журнале регистрации заявок на участие в процедуре определения

потенциальных субподрядчиков для формирования электронного реестра

субподрядчиков несостоявшейся и повторном ее проведении, в журнале

регистрации заявок на участие в процедуре определения потенциальных

поставщиков первичной медико-санитарной помощи для участия в кампании

свободного прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к

субъектам здравоохранения, оказывающим первичной медико-санитарной

помощи (нужное подчеркнуть).

      Настоящая расписка составлена в двух экземплярах, по одному для

каждой стороны.

      Секретарь комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

      Расписку получил:

      Представитель потенциального поставщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Приложение 18

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

                               Расписка

                 об отказе в приеме документов

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                               №    « »    20 года

(местонахождение)

      Секретарь комиссии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                           (фамилия, имя, отчество (при его наличии)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

секретаря комиссии, наименование и адрес заказчика)

отказывает в приеме заявки на участие в процедуре выбора поставщика

услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской

помощи, в процедуре определения потенциальных субподрядчиков для

формирования электронного реестра субподрядчиков несостоявшейся и

повторном ее проведении, в процедуре определения потенциальных

поставщиков первичной медико-санитарной помощи для участия в кампании

свободного прикрепления граждан Республики Казахстан и оралманов к

субъектам здравоохранения, оказывающим первичной медико-санитарной

помощи) (нужное подчеркнуть) и документы, прилагаемые к ней, в ввиду

представления Вами неполного пакета документов согласно перечню,

предусмотренному Правилами выбора поставщика услуг по оказанию

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения

его затрат, утвержденных в порядке, определенном на основании пункта 4 статьи 34 Кодекса о здоровье.

      Наименование отсутствующих документов:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

                                   (перечислить перечень документов)

      Настоящая расписка составлена в двух экземплярах, по одному для

каждой стороны.

      Секретарь комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

      Расписку получил:

      Представитель потенциального поставщика:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подписи

    председателя, его заместителя, членов и секретаря комиссии)

Приложение 19

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

Заказчику \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                       (наименование заказчика)

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (наименование потенциального поставщика)

                                 Заявка

       на участие в процедуре выбора поставщика услуг по оказанию

        гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

      1. Сведения о юридическом (физическом) лице, претендующем на

участие в процедуре выбора поставщика услуг по оказанию

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее –

потенциальный поставщик):

      юридический, почтовый адрес и контактные телефоны

потенциального поставщика;

      банковские реквизиты потенциального поставщика (ИИН, БИН, ИИК),

а также полное наименование и адрес банка или его филиала, в котором

потенциальный поставщик обслуживается;

      фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя

потенциального поставщика.

      2. Заявляет на следующий (-ие) вид (-ы) медицинской помощи:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, по форме (-ам) медицинской помощи:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в том числе по следующим технологиям ВСМП

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3. \* Настоящей заявкой подтверждает привлечение субподрядчика

(-ов) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                       (наименование субподрядчика)

      для оказания следующего (-их) вида (-ов) услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

                                                       (виды услуг)

      4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

               (наименование потенциального поставщика)

настоящей заявкой выражает желание принять участие в процедуре выбора

поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной

медицинской помощи в качестве потенциального поставщика в

соответствии с требованиями и условиями, предусмотренными Правилами

выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат, утвержденными

в порядке, определенном на основании пункта 4 статьи 34 Кодекса о

здоровье.

      5. \* Настоящей заявкой подтверждает отсутствие у субподрядчика

нарушений требований, предъявляемых к субподрядчику и достоверность

представленных сведений на последнего.

      6. Настоящей заявкой подтверждает отсутствие нарушений

требований, предъявляемых к потенциальному поставщику и достоверность

представленных сведений.

      Приложение:

       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

           (наименование документа с указанием количества листов)

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

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

             руководителя потенциального поставщика и его подпись)

Место печати

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

      Примечание:

      \* заполняется в случае привлечения субподрядчика (-ов).

Приложение 20

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

                      Гарантийное обязательство

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

              (наименование потенциального поставщика)

гарантирует наличие запаса лекарственных средств, изделий

медицинского назначения и продуктов питания на срок не менее одного

месяца для обеспечения бесперебойного осуществления медицинской

помощи с приложением следующей информации:

      1. Информация о запасах лекарственных средств;

      2. Информация о запасах изделий медицинского назначения;

      3. Информация о запасах продуктов питания.

      1. Информация о запасах лекарственных средств

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №
п/п | Наименование лекарственного средства | Единица измерения | Количество | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|
 |
 |
 |
 |
 |

      2. Информация о запасах изделий медицинского назначения

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №
п/п | Наименование изделий медицинского назначения | Единица измерения | Количество | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|
 |
 |
 |
 |
 |

      3. Информация о запасах продуктов питания

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №
п/п | Наименование продуктов питания | Единица измерения | Количество | Сумма, тенге |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|
 |
 |
 |
 |
 |

      В случае аутсорсинга прилагаются копии заключенных договоров.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя

потенциального поставщика/ подпись)

Место печати

Приложение 21

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                (наименование потенциального поставщика)

            Сведения о видах и формах медицинской помощи,

     оказанных 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 | сумма (в тенге) | количество | сумма (в тенге) | количество | сумма (в тенге) | количество | сумма (в тенге) |
|
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |

      Примечание:

\* если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи

составляет менее трех лет, сведения представляются за иной период.

  Сведения о перечне технологий\* высокоспециализированной медицинской

          помощи (далее–ВСМП), оказанных за последние 3 года\*\*

                 и заявленные на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                   (период)

в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи \*\*\*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код по МКБ 9 | Наименование технологии
ВСМП | Количество технологии ВСМП | № и дата заключения на соответствие его требованиям к оказанию медицинской помощи по перечню технологий |
| 20\_\_\_ год | 20\_\_\_ год | 20\_\_\_ год | Заявка на 20\_\_\_ год |
|
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |

      Примечание:

      \* заполняется в случае заявки на оказание технологий ВСМП;

      \*\* 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 ВСМП.

      \*\*\* в случае изменения перечня технологий ВСМП в пределах суммы

договора в период действия договора поставщик предоставляет заказчику

заключение, выданное в порядке, определяемом уполномоченным органом.

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

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

         руководителя потенциального поставщика и его подпись)

Место печати

Приложение 22

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                  (наименование потенциального поставщика)

                                Сведения

            о коечном фонде потенциального поставщика, оказывающего

                стационарную и стационарозамещающую помощь

           за последние 3 года\* и на планируемый \_\_\_ период в рамках

              гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №
п/п | Наименование профиля койки | Число коек |
| 20\_\_\_ год | 20\_\_\_ год | 20\_\_\_ год | 20\_\_ год |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|
 |
 |
 |
 |
 |
 |
| ИТОГО (общее количество коек для оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи) |
 |
 |
 |
 |

      Примечание:

      \* если период оказания потенциальным поставщиком медицинской

помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

составляет менее трех лет, сведения представляются за иной период.

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

      (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) первого

           руководителя потенциального поставщика и его подпись)

Место печати

Приложение 23

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

               (наименование потенциального поставщика)

                               Сведения

                    о наличии медицинской техники

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №
п/п | Наименование медицинской техники | В том числе приобретенная на условиях финансового лизинга (да/нет) | Год выпуска | Количество |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|
 |
 |
 |
 |
 |

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

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя

               потенциального поставщика и его подпись)

Место печати

Приложение 24

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

                               Договор

                    о намерениях на оказание

        гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                      «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

  (местонахождение)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование субъекта здравоохранения) (должность, фамилия, имя,

                    отчество (при его наличии)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                          (Устава, Положения, удостоверения личности

или доверенности (№, дата выдачи, кем выдано, срок действия) и т.д.)

и находящегося по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый (-ое,-ая)

               (местонахождение субъекта здравоохранения)

в дальнейшем «Сторона 1» и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

                          (наименование субъекта здравоохранения)

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Устава, Положения, удостоверения личности или доверенности

      (№, дата выдачи, кем выдано, срок действия) и т.д.)

и находящегося по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

                          (местонахождение субъекта здравоохранения)

именуемый (-ое,-ая) в дальнейшем «Сторона 2», совместно именуемые в

дальнейшем «Стороны» в соответствии с Гражданским кодексом Республики

Казахстан заключили настоящий договор о нижеследующем:

      1. В рамках настоящего договора Сторона 2 обязуется на

договорной основе предоставлять Стороне 1 услуги гарантированного

объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) в соответствии с

лицензиями и приложениями к ней Стороны 2 на следующие подвиды

медицинской деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на территории \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (место оказания услуги: село, поселок, сельский округ, район в

                  городе, город, район, область)

      в случае заключения договора на оказание ГОБМП Стороной 1 с

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование заказчика – управление здравоохранения области, городов

Астаны и Алматы)

      в соответствии с Правилами выбора поставщика услуг по оказанию

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения

его затрат, утвержденными в порядке, определенном на основании пункта 4 статьи 34 Кодекса о здоровье.

      2. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания

Сторонами и действует до заключения договора об оказании услуг по

оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

      3. Досрочное прекращение настоящего договора осуществляется по

соглашению Сторон.

      4. Адреса, реквизиты, подписи и печати Сторон.

Приложение 25

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

                                 Протокол

              о соответствии (несоответствии) требованиям,

               предъявляемым к потенциальному поставщику

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                     «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

      (местонахождение)

      1. Комиссия в составе: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (фамилия, имя, отчество (при его наличии). и должность

председателя, его заместителя, других членов комиссии)

рассмотрела заявку на участие в процедуре выбора поставщика услуг по

оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее

– заявка на участие) следующего потенциального поставщика:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование
потенциального
поставщика | Юридический адрес | фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя,
№ удостоверения личности/паспорта,
кем выдан, дата выдачи |
| 1 | 2 | 3 |
|
 |
 |
 |

      При рассмотрении заявки на участие представитель потенциального

поставщика:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

      (присутствовал/отсутствовал)

      2. Заявка на участие рассмотрена и содержит следующие документы:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №
п/п | Наименование документа | Количество листов | Соответствует или не соответствует утвержденной форме | Наличие соответствующих подписей и печатей | Соответствие сведений, содержащихся в документе заявке на участие |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|
 |
 |
 |
 |
 |
 |

      3. Комиссия по результатам рассмотрения заявки на участие путем

открытого голосования РЕШИЛА: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                         (наименование потенциального поставщика)

соответствует (не соответствует) предъявляемым требованиям Правил

выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат, утвержденных в

порядке, определенном на основании пункта 4 статьи 34 Кодекса о

здоровье и допущен (не допущен) к участию в процедуре размещения

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

      За данное решение проголосовали: ЗА \_\_\_\_\_\_\_\_\_ голосов;

                                       ПРОТИВ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ голосов.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), подписи председателя, его

         заместителя, других членов и секретаря комиссии)

      Примечание:

      \* заполняется отдельно на каждого потенциального поставщика

Приложение 26

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

                          Выписка из протокола

             о соответствии (несоответствии) требованиям,

                 предъявляемым к потенциальному поставщику

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                     «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

      (местонахождение)

      Комиссия, созданная приказом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                        (наименование заказчика)

от « \_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года №\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                 (название приказа)

по результатам рассмотрения заявки на участие в процедуре выбора

поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной

медицинской помощи путем открытого голосования РЕШИЛА:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (наименование потенциального поставщика)

соответствует (не соответствует) предъявляемым требованиям Правил

выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат, утвержденных в

порядке, определенном на основании пункта 4 статьи 34 Кодекса о

здоровье и допущен (не допущен) к участию в процедуре размещения

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_год.

Руководитель заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

             (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)/ подпись)

Место печати

Приложение 27

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

                                Протокол

      о признании процедуры выбора поставщика услуг по оказанию

       гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

              несостоявшейся и повторном ее проведении

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                       «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(местонахождение)

      Комиссия в составе: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

        должность председателя, его заместителя, членов комиссии)

в связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать соответствующую причину: отсутствие заявок на участие в

процедуре выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи (далее – заявка на участие),

несоответствие ни одного из потенциальных поставщиков, подавших

заявки на участие, требованиям, предъявляемым к потенциальному

поставщику)

путем открытого голосования РЕШИЛА:

      1) процедуру выбора поставщика услуг по оказанию

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи от « » 20\_\_

года на выделенную сумму

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) тенге

      (сумма цифрами и прописью)

признать несостоявшейся и провести ее повторно в срок до « »    20\_\_ года;

      2) заказчику \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                             (наименование заказчика)

в срок до « »    20\_\_\_ года направить текст объявления о признании

процедуры выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи от « »     20\_\_ года не состоявшейся и

повторном ее проведении для опубликования.

За данное решение проголосовали: ЗА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ голосов;

                                 ПРОТИВ \_\_\_\_\_\_\_ голосов.

Приложение 28

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

                                Протокол

                 об итогах размещения (корректировки)

          гарантированного объема бесплатной медицинской помощи\*

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                    «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

      (местонахождение)

      1. Комиссия в составе: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

               (фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность

председателя, его заместителя, других членов комиссии)

рассмотрела заявленные объемы гарантированного объема бесплатной

медицинской помощи по видам и формам медицинской помощи.

      2. Выделенная сумма по индивидуальному плану финансирования по

обязательствам по бюджетной программе:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                 (наименование бюджетной программы)

по бюджетной подпрограмме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                              (наименование бюджетной подпрограммы)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) тенге.

(сумма цифрами и прописью)

      3. Комиссия по результатам определения соответствия требованиям

потенциальных поставщиков (в том числе с субподрядчиками) и оценки

потребности в гарантированном объеме бесплатной медицинской помощи

путем открытого голосования РЕШИЛА:

      1) разместить гарантированный объем бесплатной медицинской

помощи у следующих потенциальных поставщиков по форме медицинской помощи:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                 (форма медицинской помощи)

по бюджетной программе:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                           (наименование бюджетной программы)

по бюджетной подпрограмме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                           (наименование бюджетной подпрограммы)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №
п/п | Наименование потенциального поставщика | Место оказания ГОБМП (указать область, город, район) | Сумма финансирования (тыс. тенге) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|
 |
 |
 |
 |

      2) заказчику \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                        (наименование и местонахождение заказчика)

в срок до «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года заключить договор на оказание

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи с

вышеуказанными потенциальными поставщиками;

      3) заказчику \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                 (наименование заказчика)

в срок до «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года опубликовать итоги размещения

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в периодическом

печатном издании, распространяемом на территории соответствующей

области, города республиканского значения и столицы и

интернет-ресурсе администратора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

                               (веб-сайт администратора)

      За данное решение проголосовали: ЗА \_\_\_\_\_ голосов;

                                       ПРОТИВ \_\_\_\_\_ голосов.

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

председателя, его заместителя, других членов и секретаря комиссии)

      Примечание:

      \* заполняется отдельно по каждой форме медицинской помощи.

Приложение 29

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

                     Список поставщиков услуг

      гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

                         на 20\_\_\_\_\_ год

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                    (наименование заказчика)

объявляет о заключении договоров на оказание гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи со следующими поставщиками:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №
п/п | Наименование поставщика | Вид
медицинской помощи | Форма медицинской помощи |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|
 |
 |
 |
 |

Приложение 30

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

                              Договор

               на оказание гарантированного объема

                  бесплатной медицинской помощи

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                   « »        20 года

(местонахождение)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                (полное наименование заказчика)

именуемый (-ое, -ая) в дальнейшем «заказчик», в лице

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) уполномоченного лица)

действующий на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

с одной стороны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

                      (полное наименование поставщика)

именуемый (-ое, -ая) в дальнейшем «поставщик» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

уполномоченного лица)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

                                  (устава, положения и т.п.)

с другой стороны, а в дальнейшем совместно именуемые «стороны», на

основании Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе

здравоохранения» и итогов процедуры выбора поставщика услуг

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, прошедших

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года заключили настоящий Договор на

оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи (далее – Договор) и пришли к соглашению

о нижеследующем:

1. Предмет Договора

      1. Поставщик принимает на себя обязательства по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в соответствии с приложением 1 к настоящему Договору (далее – услуга) на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_) тенге.

                       (сумма цифрами и прописью)

      2. Место оказания услуги: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

         (адрес(-а) объекта(-ов) на котором оказывается услуга)

2. Порядок расчета

      3. Заказчик осуществляет оплату поставщику по тарифам, утвержденным администратором бюджетных программ, при этом размер тарифа, его применение и распространение пересматриваются в период действия настоящего Договора.

      4. Оплата осуществляется ежемесячно в соответствии с актом выполненных работ (услуг) с учетом результатов контроля качества и объема оказанной медицинской помощи (при их наличии) в пределах средств, предусмотренных настоящим Договором, согласно приложению 2 к настоящему Договору, и в порядке, определяемом уполномоченным органом в области здравоохранения (далее – уполномоченный орган).

      5. Поставщик представляет заказчику счет-реестры оказанных услуг в сроки и порядке, определенном уполномоченным органом.

      6. Допускается подписание поставщиком счет-реестра оказанных услуг и акта выполненных работ (услуг) с использованием электронной цифровой подписи.

      7. Авансирование Поставщика осуществляется по заявке согласно приложению 3 к настоящему Договору в размере не более \_\_ процентов от суммы Договора.

      8. Стоимость оказанных услуг подлежит корректировке (уменьшение/увеличение) в случаях:

      изменения тарифа в период действия настоящего Договора;

      снятия сумм по результатам контроля качества и объема медицинских услуг в порядке, определенном на основании подпункта 81) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье.

      9. В случае превышения поставщиком помесячной суммы, предусмотренной приложением 2 к настоящему Договору, оплата осуществляется на основании решения комиссии по оплате услуг с применением линейной шкалы оценки исполнения договора в порядке, определенном на основании подпункта 81) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье.

      В случае превышения поставщиком помесячной суммы, предусмотренной приложением 2 к настоящему Договору, в течение трех месяцев подряд, заказчик направляет в Экономический совет Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан информацию о результатах деятельности поставщика в порядке, определенном на основании подпункта 81) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье.\*

      Примечание:

      \* данный пункт распространяется на поставщиков, оказывающих специализированную медицинскую помощь в формах стационарной и/или стационарозамещающей медицинской помощи за счет средств республиканского бюджета.

      10. Удержание или снятие суммы бюджетных средств по пролеченным случаям, не подлежащим оплате, в том числе частично, выявленным по результатам контроля качества и объема, производятся в отчетном периоде или при последующих расчетах с поставщиком в период срока действия настоящего Договора.

      11. Оплата за случаи оказания медицинской помощи в рамках ГОБМП в соответствии с настоящим Договором, не предъявленные к оплате в течение действия настоящего Договора в связи с проведением контроля качества, а также не вошедшие в счет-реестр с 1 декабря года, в котором действует настоящий Договор, до даты окончания срока действия настоящего Договора производится в году, следующем за годом действия настоящего Договора.

      12. Выплаты лизинговых платежей за медицинскую технику, приобретенную на условиях финансового лизинга осуществляются в порядке, определенном на основании подпункта 81) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье.

3. Обязанности сторон

      13. Поставщик обязан:

      1) оказывать медицинские услуги в рамках ГОБМП:

      гражданам Республики Казахстан и оралманам;

      иностранцам и лицам без гражданства, находящимся на территории Республики Казахстан, при острых заболеваниях, представляющих опасность для окружающих, в соответствии с перечнем, определенном пунктом 5 статьи 88 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»;

      иностранцам, находящимся на территории Республики Казахстан в соответствии с международными договорами, ратифицированными Республикой Казахстан.

      2) оказывать услуги в соответствии с объемами и сроками оказания ГОБМП в соответствии с приложением 2 к настоящему Договору;

      3) представлять гражданам Республики Казахстан, оралманам, иностранцам и лицам без гражданства, находящимся на территории Республики Казахстан информацию о перечне, объеме и условиях оказания ГОБМП;

      4) проводить раздельный учет по доходам и расходам средств, поступающих из государственного бюджета и от оказания им платных медицинских услуг;

      5) представлять заказчику счет-реестры в сроки и порядках, определенных уполномоченным органом;

      6) ежемесячно предоставлять отчет заказчику по расходованию средств аванса.

      7) своевременно представлять по письменному запросу заказчика или территориального департамента Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан необходимую медицинскую документацию для проведения контроля качества и объема;

      8) своевременно представлять по письменному запросу заказчика копии всех договоров с третьей стороной, заключенных в рамках настоящего Договора, и платежных документов по исполнению данных договоров;

      9) представлять заказчику информацию с приложением соответствующих документов, подтверждающих указанные сведения, в течение трех дней (или предварительно - уточнить) с момента возникновения изменений в случае:

      приостановления деятельности организации или вида медицинской деятельности;

      ликвидации, реорганизации в форме слияния, присоединения,

выделения или преобразования;

      изменения наименования организации, местонахождения;

      изменения коечного фонда, в том числе его сокращении и/или

перепрофилировании;

      изменения банковских реквизитов;

      изменения условий оказания медицинских услуг:

      при проведении ремонтных работ,

      введении карантина;

      (ремонтные работы).

      10) представлять заказчику отчет о структуре расходов в сроки и порядках, утвержденных уполномоченным органом;

      11) обеспечивать меры по недопущению рисков отсутствия или недостаточности денежных средств для погашения кредиторской задолженности;

      12) обеспечивать прозрачность поступлений и использования финансовых средств настоящего Договора за оказанные услуги ГОБМП с участием трудового коллектива через представителей работников;

      13) обеспечивать расходование денежных поступлений в следующей приоритетности: оплата труда работников и обязательных налоговых отчислений в бюджет, пенсионные взносы в накопительные пенсионные фонды и другие удержания из заработной платы; лекарственные средства и изделия медицинского назначения; питание; коммунальные расходы организации;

      14) обеспечивать мотивированный труд персонала за вклад в повышение качества услуг в рамках ГОБМП;

      15) осуществлять ежемесячную выплату заработной платы работникам в срок до 30 числа отчетного месяца;

      16) обеспечивать повышение квалификации и переподготовку с охватом не менее 20 % специалистов с учетом затрат на командировочные расходы;

      17) осуществлять расходование средств, предназначенных на приобретение медицинской техники на условиях лизинга в соответствии с их целевым назначением (пункт предназначен для организаций, заключивших договор на приобретение медицинской техники на условиях финансового лизинга);

      18) обеспечивать своевременность и достоверность ввода данных в информационные системы здравоохранения в сроки и порядке, определенном на основании подпункта 81) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье;

      19) обеспечивать предотвращения несанкционированного доступа к персональным данным по оказанным услугам ГОБМП, содержащихся в информационных системах здравоохранения;

      20) незамедлительно уведомить заказчика в письменном виде обо всех обстоятельствах и причинах, связанных с невозможностью исполнения обязательства.

      14. Заказчик обязуется:

      1) своевременно производить оплату поставщику за оказанную медицинскую помощь в сроки, определенные уполномоченным органом;

      2) своевременно обеспечить поставщика необходимыми нормативными документами, регламентирующими его работу в рамках настоящего Договора;

      3) обеспечить контроль за бесперебойным функционированием информационных систем здравоохранения;

      5) возместить расходы за лизинговые платежи за медицинскую технику, приобретенную на условиях финансового лизинга поставщикам по заключенному (-ым) договору (-ам) с АО «КазМедТех».

4. Ответственность сторон

      15. Поставщик несет ответственность:

      1) за своевременное оказание медицинских услуг надлежащего объема и качества, входящие в ГОБМП в соответствии с законодательством Республики Казахстан;

      2) за целевое использование средств, полученных от заказчика;

      3) за ведение и результаты финансово-хозяйственной деятельности при оказании ГОБМП;

      4) за обеспеченность интернет-ресурсами (каналы связи и точки доступа) и организационной техникой;

      5) за обеспечение кадрами по работе с информационными системами, в том числе статистиками и операторами;

      6) за своевременный и качественный ввод данных в информационные системы здравоохранения в сроки и порядке, определенном на основании подпункта 81) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье;

      7) за обеспечение корректности и достоверности данных по прикрепленному населению в портале «Регистр прикрепленного населения» и их своевременную актуализацию.\*

      Примечание:

      \* данный подпункт распространяется на поставщиков, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

      16. В случае выявления заказчиком необоснованного удорожания услуги, не оказанных или оказанных в неполном объеме медицинских услуг заказчиком удерживается сумма в порядке, определенном уполномоченным органом.

      17. Заказчик несет ответственность:

      1) за своевременное перечисление денежных средств на оплату поставщику за оказанные услуги в соответствии с законодательством Республики Казахстан;

      2) за корректность и достоверность данных в портале «Регистр прикрепленного населения».\*

      Примечание:

      \* данный подпункт распространяется при осуществлении заказчиком оплаты поставщикам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь.

      18. В случае нарушения условий настоящего Договора со стороны поставщика применяется одна из санкций, указанных ниже:

      1) к соразмерному уменьшению заказчиком суммы за оказанную услугу за неисполнение подпункта 1) пункта 15 настоящего Договора;

      2) к расторжению заказчиком договора и возврату сумм по неисполненным или ненадлежаще исполненным обязательствам;

      19. Окончание срока действия настоящего Договора не освобождает стороны от ответственности за его нарушение, имевшее место до истечения этого срока.

      20. Привлечение поставщиком субподрядчика не освобождает поставщика перед заказчиком от исполнения обязательств по настоящему Договору и ответственности по нему.

5. Изменение и расторжение Договора

      21. Сумма настоящего Договора подлежит корректировке (уменьшению/увеличению) в случае:

      1) снятия сумм по результатам контроля качества и объема медицинских услуг в порядке, определенном на основании подпункта 81) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье;

      2) определения заказчиком изменения объема услуг;

      3) выделения денежных средств поставщику на возмещение лизинговых платежей за медицинскую технику, приобретенную на условиях финансового лизинга;

      4) в случае ненадлежащего исполнения поставщиком обязательств по настоящему Договору;

      5) отказа поставщика от исполнения части обязательств по настоящему Договору.

      Поставщик за тридцать дней до отказа уведомляет заказчика в письменном виде с указанием суммы, причины, даты начала отказа от исполнения части обязательств.

      22. Изменение и расторжение договора возможны по соглашению сторон. Стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 (тридцать) дней до предполагаемой даты изменения или расторжения Договора, за исключением случаев, предусмотренных пунктом 24 настоящего Договора.

      23. Изменения в Договор вносятся в случаях:

      1) предусмотренных подпунктом 9) пункта 13 Договора;

      2) предусмотренных пунктом 21 Договора;

      3) изменения количества и (или) перечьня технологий ВСМП по согласованию сторон в пределах суммы настоящего Договора, не более двух раз в год;

      4) изменения помесячного распределения суммы Договора на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи согласно приложению 2 к настоящему Договору по согласованию сторон в пределах суммы настоящего Договора не более одного раза в квартал;

      24. Заказчик расторгает Договор в одностороннем порядке, направив поставщику, письменное уведомление за пять дней до расторжения Договора в случаях:

      1) отказа поставщика от заключения дополнительного соглашения к Договору по основаниям, предусмотренным подпунктами 1), 2) и 4) пункта 21 настоящего Договора;

      2) нарушения поставщиком условий договора, определенных существенными:

      предмет договора;

      место оказания услуг;

      срок оказания услуг;

      качество и полнота оказания услуг.

6. Обстоятельства непреодолимой силы

      25. К обстоятельствам непреодолимой силы относятся события, не подвластные контролю со стороны поставщика, не связанные с его просчетом или небрежностью и имеющие непредвиденный характер. Такие события включают, но не ограничиваться явлениями, такими как: чрезвычайные ситуации природного и/или техногенного характера, или действиями по предупреждению чрезвычайных ситуаций.

      26. К обстоятельствам непреодолимой силы не относятся:

      1) события, вызванные умышленными и неосторожными действиями поставщика;

      2) события, которые поставщик, добросовестно выполняющий свои обязательства по настоящему Договору, мог предвидеть и преодолеть;

      3) отсутствие денежных средств у поставщика или неосуществление оплаты заказчиком, в связи с неисполнением и/или ненадлежащим исполнением обязательств настоящего Договора.

      27. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы поставщик в течение одного рабочего дня направляет заказчику письменное уведомление о таких обстоятельствах и их причинах.

      Доказательством обстоятельств непреодолимой силы будут служить официальные документы уполномоченного органа Республики Казахстан, подтверждающие возникновение обстоятельств непреодолимой силы.

      28. Несвоевременное уведомление лишает поставщика права ссылаться на обстоятельства, предусмотренные пунктом 1 раздела 6 настоящего Договора, как на основание, освобождающее от ответственности по исполнению обязательства.

      29. В течение трех рабочих дней после прекращения обстоятельств непреодолимой силы, поставщик письменно уведомляет заказчика о прекращении обстоятельств непреодолимой силы и возобновляет осуществление своих обязательств по настоящему Договору.

7. Заключительные положения

      30. Поставщик ни полностью, ни частично не имеет права передавать свои обязательства по оказанию ГОБМП по видам и формам, согласно приложению 1 к настоящему Договору, третьей стороне, за исключением привлечения субподрядчиков из электронного реестра субподрядчиков путем заключения договора субподряда на оказание медицинских услуг и передачи им части своих обязательств по оказанию ГОБМП по форме согласно приложению 35 к Правилам.

      Оплата услуг поставщиком субподрядчику осуществляется в порядке, определенном на основании подпункта 81) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье.

      Передача части обязательств по Договору субподрядчику не освобождает Поставщика от ответственности и обязательств по настоящему Договору.

      31. Заказчик вправе в любое время проверять ход и качество оказываемых услуг, в том числе путем проведения у поставщика в форме анкетирования оценки удовлетворенности пациента услугами, не вмешиваясь в деятельность поставщика, в том числе с выездом на место оказания услуг и другими, не противоречащими законодательству Республики Казахстан способами, не более одного раза в месяц.

      32. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один экземпляр находится у заказчика, другой – у поставщика.

      Настоящий Договор составлен на государственном и русском языках. Вся относящаяся к настоящему Договору переписка и иная документация, которой обмениваются стороны, должны соответствовать данным условиям.

      33. Уведомления, сторон направляемые другой стороне в соответствии с настоящим Договором, высылаются посредством почтовой связи, факса и иными средствами коммуникации с последующим представлением оригиналов.

      34. Настоящий Договор вступает в силу со дня регистрации территориальном органе Комитета казначейства Министерства финансов Республики Казахстан по месту нахождения заказчика и действует до «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

      Условия настоящего Договора распространяются на отношения сторон, возникшие с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

                        8. Адреса и реквизиты сторон

|  |  |
| --- | --- |
| Заказчик
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(наименование заказчика)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Руководитель, фамилия, имя,
отчество (при его наличии) /
подпись)Место печати | Поставщик
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(наименование поставщика)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Руководитель, фамилия, имя,
отчество (при его наличии)./
подпись)Место печати |

      Дата регистрации в территориальном органе Комитета казначейства

Министерства финансов Республики Казахстан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Настоящий Договор на оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП регулирует правоотношения, возникающие между заказчиком и поставщиком в процессе осуществления заказчиком процедур по выбору поставщика услуг по оказанию ГОБМП. Изменения и дополнения, вносимые в настоящий Договор, должны соответствовать законодательству Республики Казахстан, заявке на участие в процедуре выбора поставщика услуг по оказанию ГОБМП и протоколу об итогах размещения ГОБМП.

Приложение 1

к Договору на оказание

гарантированного объема бесплатной

медицинской помощи

                       Перечень закупаемых услуг

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №
п/п | Наименование услуги | Наименование
бюджетной программы, бюджетной подпрограммы | Вид и форма медицинской помощи | Сумма договора |
| 1 | Оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи |
 |
 |
 |

|  |  |
| --- | --- |
| Заказчик
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(наименование заказчика)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Руководитель, фамилия, имя,
отчество (при его наличии) /
подпись)Место печати | Поставщик
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(наименование поставщика)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Руководитель, фамилия, имя,
отчество (при его наличии) /
подпись)Место печати |

Приложение 2

к Договору на оказание

гарантированного объема бесплатной

медицинской помощи

Помесячное распределение суммы договора на оказание

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

      Бюджетная программа (подпрограмма): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (номер и наименование бюджетной программы (подпрограммы)

Сумма договора на оказание специализированной медицинской помощи по

форме стационарной и стационарозамещающей медицинской

помощи\*\_\_\_\_\_\_\_ тенге

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №
п/п | Наименование | \_\_\_ год | Январь | Февраль | Март | Апрель | Май | Июнь | Июль | Август | Сентябрь | Октябрь | Ноябрь | Декабрь |
| 1 | Сумма договора на оказание специализированной медицинской помощи (тенге), в том числе: |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
| 1) | стационарная и стационарозамещающая медицинская помощь с применением линейной шкалы оценки исполнения договора\*\* |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
| 2) | стационарная и стационарозамещающая медицинская помощь без применения линейной шкалы оценки исполнения договора \*\*\* |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |

      Примечание:

      \* распространяется на поставщиков, финансируемых за счет средств республиканского бюджета, указывается стационарозамещающая помощь (в случае оказания);

      \*\* включает объем средств на оказание медицинской помощи, на который распространяется действие линейной шкалы оценки исполнения договора в порядке, определенном на основании подпункта 81) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье;

      \*\*\* включает объем средств на оказание медицинской помощи, на который не распространяется действие линейной шкалы оценки исполнения договора в порядке, определенном на основании подпункта 81) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье.

Сумма договора на оказание специализированной медицинской помощи по

форме стационарозамещающей медицинской помощи\*\_\_\_\_\_\_\_ тенге

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | \_\_\_ год | Январь | Февраль | Март | Апрель | Май | Июнь | Июль | Август | Сентябрь | Октябрь | Ноябрь | Декабрь |
| 1 | Сумма договора на оказание специализированной медицинской помощи (тенге), в том числе: |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
| 1) | стационарозамещающая медицинская помощь с применением линейной шкалы оценки исполнения договора\*\* |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
| 2) | стационарозамещающая медицинская помощь без применения линейной шкалы оценки исполнения договора\*\*\* |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
|
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |

      Примечание:

      \* распространяется на поставщиков, являющихся амбулаторно-поликлиническими субъектами здравоохранения и субъектами здравоохранения, оказывающими услуги гемодиализа, финансируемых за счет средств республиканского бюджета;

      \*\* включает объем средств на оказание медицинской помощи, на который распространяется действие линейной шкалы оценки исполнения договора в порядке, определенном на основании подпункта 81) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье;

      \*\*\* включает объем средств на оказание медицинской помощи, на который не распространяется действие линейной шкалы оценки исполнения договора в порядке, определенном на основании подпункта 81) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье.

Сумма договора на оказание высокоспециализированной медицинской

помощи по форме (-ам): стационарной и (или) стационарозамещающей

медицинской помощи\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №
п/п | Наименование | \_\_\_ год | Январь | Февраль | Март | Апрель | Май | Июнь | Июль | Август | Сентябрь | Октябрь | Ноябрь | Декабрь |
| 1 | Сумма договора на оказание высокоспециализированной медицинской помощи (тенге) |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
| 2 | Объем оказания высокоспециализированной медицинской помощи (пролеченных случаев) |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |

      Перечень услуг высокоспециализированной медицинской помощи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код МКБ-9 | Наименование услуг | Количество пролеченных случаев |
|
 |
 |
 |
 |

      Примечание:

      \* распространяется на поставщиков, финансируемых за счет средств республиканского бюджета.

Сумма договора на оказание медицинской помощи онкологическим больным

по формам: консультативно-диагностическая помощь, стационарная и

стационарозамещающая медицинская помощь\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

Количество онкологических больных: \_\_\_\_\_\_\_\_ человек

Комплексный тариф на 1 онкологического больного в месяц: \_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | \_\_\_ год | Январь | Февраль | Март | Апрель | Май | Июнь | Июль | Август | Сентябрь | Октябрь | Ноябрь | Декабрь |
| 1 | Сумма договора на оказание медицинской помощи онкологическим больным (тенге) |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |

      Примечание:

      \* распространяется на поставщиков, финансируемых по комплексному тарифу на онкологического больного.

Сумма договора на оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению по формам: первичная медико-санитарная помощь и консультативно-диагностическая помощь\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге

Численность прикрепленного населения:\_\_\_\_\_\_\_ человек.

Комплексный подушевой норматив на оказание амбулаторно-поликлинической помощи в расчете на одного прикрепленного человека в месяц: \_\_\_ тенге, в том числе: гарантированная часть комплексного подушевого норматива \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге;

      стимулирующая часть комплексного подушевого норматива \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | \_\_\_ год | Январь | Февраль | Март | Апрель | Май | Июнь | Июль | Август | Сентябрь | Октябрь | Ноябрь | Декабрь |
| 1 | Сумма договора на оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному населению (тенге), в том числе: |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
| 1) | на оказание амбулаторно-поликлинической помощи |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
| 2) | на стимулирование работников организации, оказывающей ПМСП, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |

      Примечание:

      \* распространяется на поставщиков, финансируемых по комплексному подушевому нормативу на оказание амбулаторно-поликлинической помощи.

Сумма договора на оказание медицинской помощи сельскому населению по

форме (-ам): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать форму (-ы) медицинской помощи)

\_\_\_\_\_\_ тенге

Численность сельского населения:\_\_\_\_\_\_\_ человек.

Комплексный подушевой норматив на оказание медицинской помощи сельскому населению в расчете на 1 одного человека в месяц:\_\_\_\_\_\_\_ тенге, в том числе: гарантированная часть комплексного подушевого норматива \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге;

стимулирующая часть комплексного подушевого норматива \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | \_\_\_ год | Январь | Февраль | Март | Апрель | Май | Июнь | Июль | Август | Сентябрь | Октябрь | Ноябрь | Декабрь |
| 1 | Сумма договора на оказание медицинской помощи сельскому населению (тенге), в том числе: |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
| 1) | на оказание медицинской помощи |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
| 2) | на стимулирование работников организации, оказывающей ПМСП, за достигнутые конечные результаты их деятельности на основе индикаторов оценки |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |

      Примечание:

      \* распространяется на поставщиков, являющихся субъектами здравоохранения районного значения и села, финансируемых по комплексному подушевому нормативу на оказание медицинской помощи сельскому населению.

Сумма договора на оказание медицинской помощи по форме (-ам):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать форму (-ы) медицинской помощи)\* \_\_\_\_\_ тенге

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | \_\_\_ год | Январь | Февраль | Март | Апрель | Май | Июнь | Июль | Август | Сентябрь | Октябрь | Ноябрь | Декабрь |
| 1 | Сумма договора на оказание медицинской помощи (тенге), в том числе: |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
| 1) | Указать форму медицинской помощи |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |
 |

      Примечание:

      \* не распространяется на поставщиков, финансируемых за счет средств республиканского бюджета.

|  |  |
| --- | --- |
| Заказчик
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(наименование заказчика)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Руководитель, фамилия, имя,
отчество (при его наличии) /
подпись)Место печати | Поставщик
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(наименование поставщика)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Руководитель, фамилия, имя,
отчество (при его наличии)./
подпись)Место печати |

Приложение 3

к Договору на оказание

гарантированного объема бесплатной

медицинской помощи

Заказчику\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                    (наименование заказчика)

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                  (наименование поставщика)

                                  Заявка

        на авансирование по договору на оказание гарантированного

               объема бесплатной медицинской помощи

                  от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года № \_\_\_\_

      1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

                         (наименование поставщика)

именуемый (-ое,-ая) в дальнейшем «поставщик» настоящей заявкой просит

оплатить аванс в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ месяце в размере

                        (наименование месяца)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_) процентов от общей суммы договора

   (процент цифрой и прописью)

на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи от

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_года №\_\_\_\_\_\_ в сумме

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) тенге.

(сумма аванса цифрой и прописью)

      2. Поставщик настоящей заявкой выражает согласие на удержание

ранее выплаченного аванса из сумм, подлежащих к оплате по актам

выполненных работ согласно следующему графику:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №
п/п | Наименование месяца | Сумма, тыс. тенге |
| 1 | 2 | 3 |
|
 |
 |
 |

      3. Поставщик подтверждает расходование аванса в соответствии с

указанным в настоящей заявке планируемым распределением сумм аванса.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №
п/п | Наименование расходов | Сумма, тыс. тенге |
| 1 | 2 | 3 |
| 1. | Оплата труда работников, включая обязательные налоговые отчисления и платежи в бюджет, отчисления в накопительные пенсионные фонды |
 |
| 2. | Приобретение продуктов питания |
 |
| 3. | Приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения |
 |
| 4. | Коммунальные расходы |
 |
| 5. | Прочие расходы |
 |

      3. Настоящая заявка действует до истечения срока действия

договора на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской

помощи от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_.

      4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

       (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) первого

        руководителя поставщика либо его заместителя и их подписи)

Место печати

Дата заполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 31

к Правилам выбора поставщика

услуг по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

                    Дополнительное соглашение № \_\_\_\_

      к договору на оказание гарантированного объема бесплатной

       медицинской помощи от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                         «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года

(местонахождение)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Заказчик»

(полное наименование Заказчика)

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

      (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)

              уполномоченного лица Заказчика)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

с одной стороны, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

         (полное наименование Поставщика независимо от формы

собственности),

именуемое в дальнейшем «Поставщик», в лице

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного лица

Поставщика)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны,

а в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», на основании договора

финансового лизинга № \_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года и графика

лизинговых платежей заключили настоящее дополнительное соглашение к

договору на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской

помощи № \_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года (далее – Договор) о

нижеследующем:

      1. Внести в Договор следующие изменения и дополнения:

      пункт 1 раздела «1. Предмет Договора» дополнить частями второй

и третьей следующего содержания:

      «Поставщик принимает на себя обязательства по оказанию

медицинских услуг на медицинской технике, приобретенной на условиях

финансового лизинга на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) тенге.

      Сумма ежемесячного лизингового платежа составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_\_\_\_) тенге на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

                       (количество цифрами и прописью)

медицинских услуг в месяц.

      2. Все остальные условия Договора остаются в силе и без

изменений.

      3. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу со дня

регистрации в территориальном органе Комитета казначейства

Министерства финансов Республики Казахстан и действует до «\_\_\_\_»

\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

      Условия настоящего дополнительного соглашения распространяются

на отношения возникшие с даты ввода в эксплуатацию

медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга,

указанной в графике лизинговых платежей «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

                          Адреса и реквизиты сторон

|  |  |
| --- | --- |
| Заказчик
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(наименование заказчика)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Руководитель, фамилия, имя,
отчество (при его наличии) /
подпись)Место печати | Поставщик
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(наименование поставщика)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Руководитель, фамилия, имя,
отчество (при его наличии) /
подпись)Место печати |

      Дата регистрации в территориальном органе Комитета казначейства

Министерства финансов Республики Казахстан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Приложение 32

к Правилам выбора поставщика услуг

по оказанию гарантированного объема

бесплатной медицинской помощи

и возмещения его затрат

Форма

                          Договор субподряда

               на оказание услуг гарантированного объема

                     бесплатной медицинской помощи

                             № \_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                     «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ года

      (местонахождение)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                   (полное наименование поставщика)

именуемый (-ое, -ая) в дальнейшем «Поставщик», в лице

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

руководителя поставщика)

действующий на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с

одной стороны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

                       (полное наименование поставщика)

именуемый (-ое, -ая) в дальнейшем «Субподрядчик»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

руководителя субподрядчика)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

                                (устава, положения и т.п.)

с другой стороны, а в дальнейшем совместно именуемые «стороны», на

основании Правил выбора поставщика услуг ГОБМП и возмещения его

затрат, утвержденных в порядке, определенном на основании пункта 4

статьи 34 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе

здравоохранения» и в соответствии с договором на оказание

гарантированного объема бесплатной медицинской помощи от «\_\_»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года №\_\_\_, заключенного между Заказчиком

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (указать наименование Заказчика)

и Поставщиком заключили настоящий Договор субподряда на оказание

медицинских услуг (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Предмет Договора

      1. Субподрядчик обязуется оказывать медицинские услуги ГОБМП населению по направлению Поставщика (далее – пациенты) по перечню согласно приложению к Договору, являющемуся неотъемлемой частью настоящего Договора (далее – услуги) на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_) тенге.

(сумма цифрами и прописью)

      2. Услуги оказываются на территории \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (село, поселок, сельский округ, район в городе, город, район, область)

      3. Место оказания услуги: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

           (адрес(-а) объекта(-ов), на котором оказывается услуга)

2. Порядок расчета

      4. Поставщик осуществляет оплату Субподрядчику по тарифам утвержденному администратором бюджетных программ.

      Размер тарифа, его применение и распространение пересматриваются в период действия настоящего Договора.

      5. Оплата осуществляется ежемесячно в соответствии с актом выполненных работ (услуг) с учетом результатов контроля качества и объема оказанной медицинской помощи (при их наличии) в пределах средств, предусмотренных настоящим Договором.

      6. Субподрядчик представляет Поставщику счет-реестры оказанных услуг в сроки и порядке, определенном в порядке, определенном на основании подпункта 81) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье.

      7. На основании счета-реестра Субподрядчик составляет акт выполненных услуг за отчетный период, подписываемый сторонами.

      Допускается подписание поставщиком счет-реестра оказанных услуг и акта выполненных работ (услуг) с использованием электронной цифровой подписи.

      8. Авансирование Субподрядчика осуществляется в размере не более \_\_ процентов от суммы Договора.

      9. Стоимость оказанных услуг подлежит корректировке (уменьшение/увеличение) в случаях:

      изменения тарифа в период действия настоящего Договора;

      снятия сумм по результатам контроля качества и объема медицинских услуг, в порядке, определенном на основании подпункта 81) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье.

      10. Удержание или снятие суммы бюджетных средств по пролеченным случаям, не подлежащим оплате, в том числе частично, выявленным по результатам контроля качества и объема, производятся в отчетном периоде или при последующих расчетах с поставщиком в период срока действия настоящего Договора.

      11. Поставщик отказывает субподрядчику в оплате услуг, при несоответствии объема фактически оказанных услуг пациенту, объему услуг, указанных в медицинской документации, представленных поставщику.

3. Обязанности сторон

      12. Субподрядчик обязуется:

      1) оказывать пациентам услуги по направлению Поставщика;

      2) вести реестр оказанных услуг, в разрезе объемов, видов и стоимости оказанных услуг по каждому пациенту и обеспечить своевременный ввод в информационную систему;

      3) предоставлять поставщику счет-реестр оказанных услуг за отчетный период на основании тарификатора, в сроки и порядке, определенном на основании подпункта 81) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье;

      4) обеспечить ведение медицинской документации, утвержденной уполномоченным органом;

      5) представлять информацию Поставщику об объемах и видах оказанных услуг пациентам;

      6) представлять пациентам информацию о перечне, объеме и условиях оказания услуг;

      7) своевременно представлять по запросу Поставщика или территориального департамента Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан необходимую медицинскую документацию для проведения контроля качества и объема;

      8) представлять Поставщику информацию с приложением соответствующих документов, подтверждающих указанные сведения, в течение трех дней с момента возникновения изменений в случае:

      приостановления деятельности;

      ликвидации, реорганизации в форме слияния, присоединения, выделения или преобразования;

      изменения наименования организации, местонахождения;

      изменения коечного фонда, в том числе его сокращении и/или перепрофилировании;

      изменения банковских реквизитов;

      изменения условий оказания медицинских услуг.

      9) обеспечивать своевременность и достоверность ввода данных в информационные системы здравоохранения в сроки и порядке, определенном на основании подпункта 81) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье;

      10) обеспечивать предотвращения несанкционированного доступа к персональным данным по оказанным услугам ГОБМП, содержащихся в информационных системах здравоохранения;

      11) незамедлительно уведомить Поставщика в письменном виде о всех обстоятельствах и причинах, связанных с невозможностью исполнения обязательства.

      12) назначать дополнительный комплекс медицинских услуг пациенту по медицинским показаниям в экстренных случаях с последующим уведомлением поставщика;

      13) представлять отчет о структуре расходов в сроки и порядке, определенном на основании подпункта 81) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье.

      12. Поставщик обязуется:

      1) своевременно оплачивать услуги субподрядчика в порядке, объеме и сроках, определенных уполномоченным органом;

      2) ознакомить пациента с условиями предоставления услуг, оказываемых субподрядчиком в рамках настоящего Договора.

4. Ответственность сторон

      14. Субподрядчик несет ответственность:

      1) за своевременное оказание медицинских услуг надлежащего объема и качества, входящие в ГОБМП в соответствии с законодательством Республики Казахстан;

      2) за целевое использование средств, полученных от Поставщика;

      3) за обеспеченность интернет-ресурсами (каналы связи и точки доступа) и организационной техникой;

      4) за обеспечение кадрами по работе с информационными системами, в том числе статистиками и операторами;

      5) за своевременный и качественный ввод данных в информационные системы здравоохранения в сроки и порядке, определенном на основании подпункта 81) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье;

      6) за обеспечение корректности и достоверности данных по прикрепленному населению в портале «Регистр прикрепленного населения» и их своевременную актуализацию.\*

      Примечание:

      \* данный подпункт распространяется на поставщиков, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

      15. Поставщик несет ответственность:

      1) за своевременное перечисление денежных средств на оплату Субподрядчику за оказанные услуги в соответствии с законодательством Республики Казахстан;

      2) за корректность и достоверность данных в портале «Регистр прикрепленного населения».\*

      Примечание:

      \* данный подпункт распространяется при осуществлении Поставщиком оплаты Субподрядчику, оказывающим первичную медико-санитарную помощь.

      16. Нарушение условий настоящего Договора со стороны Субподрядчика влечет:

      1) пропорциональное уменьшение Поставщиком суммы за оказанную услугу за неисполнение подпункта 1) пункта 14 настоящего Договора;

      2) к расторжению Поставщиком договора и возврату сумм по неисполненным или ненадлежаще исполненным обязательствам.

      17. Окончание срока действия настоящего Договора не освобождает стороны от ответственности за его нарушение, имевшее место до истечения этого срока.

5. Изменение и расторжение Договора

      18. Сумма настоящего Договора подлежит корректировке (уменьшению/увеличению) в случае:

      1) снятия сумм по результатам контроля качества и объема медицинских услуг в порядке, определенном на основании подпункта 81) пункта 1 статьи 7 Кодекса о здоровье;

      2) определения Поставщиком изменения объема услуг;

      3) в случае ненадлежащего исполнения Субподрядчиком обязательств по настоящему Договору;

      4) отказа Субподрядчика от исполнения части обязательств по настоящему Договору;

      Субподрядчик за тридцать дней до отказа уведомляет заказчика в письменном виде с указанием суммы, причины, даты начала отказа от исполнения части обязательств.

      19. Изменение и расторжение договора возможны по соглашению сторон. Стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 (тридцать) дней до предполагаемой даты изменения или расторжения Договора, за исключением случаев предусмотренных пунктом 21 Договора.

      20. Изменения в Договор вносятся в случаях:

      1) предусмотренных подпунктом 8) пункта 12 Договора;

      2) предусмотренных пунктом 18 Договора;

      3) изменения наименования вида и/или подвида медицинской помощи;

      21. Поставщик расторгает Договор в одностороннем порядке направив Субподрядчику письменное уведомление за пять дней до расторжения Договора в случаях:

      1) отказа Субподрядчика от заключения дополнительного соглашения к Договору по основаниям предусмотренными подпунктами 1), 2), 3), 4) пункта 18 Договора;

      2) нарушения поставщиком условий договора, определенных существенными:

      предмет договора;

      место оказания услуг;

      срок оказания услуг;

      качество и полнота оказания услуг.

6. Обстоятельства непреодолимой силы

      22. К обстоятельствам непреодолимой силы относятся события, не подвластные контролю со стороны Субподрядчика, не связанные с его просчетом или небрежностью и имеющие непредвиденный характер. Такие события включают, но не ограничиваться явлениями, такими как: чрезвычайные ситуации природного и/или техногенного характера, или действиями по предупреждению чрезвычайных ситуаций.

      23. К обстоятельствам непреодолимой силы не относятся:

      1) события, вызванные умышленными и неосторожными действиями поставщика;

      2) события, которые Субподрядчик, добросовестно выполняющий свои обязательства по настоящему Договору, мог предвидеть и преодолеть;

      3) отсутствие денежных средств у Субподрядчика или неосуществление оплаты Поставщиком, в связи с неисполнением и/или ненадлежащим исполнением обязательств настоящего Договора.

      24. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы Субподрядчик в течение одного рабочего дня направляет Поставщику письменное уведомление о таких обстоятельствах и их причинах.

      Доказательством обстоятельств непреодолимой силы будут служить официальные документы уполномоченного органа Республики Казахстан, подтверждающие возникновение обстоятельств непреодолимой силы.

      25. Несвоевременное уведомление лишает Субподрядчика права ссылаться на обстоятельства, предусмотренные пунктом 1 раздела 6 настоящего Договора, как на основание, освобождающее от ответственности по исполнению обязательства.

      26. В течение трех рабочих дней после прекращения обстоятельств непреодолимой силы, Субподрядчик письменно уведомляет Поставщика о прекращении обстоятельств непреодолимой силы и возобновляет осуществление своих обязательств по настоящему Договору.

7. Заключительные положения

      27. Субподрядчик ни полностью, ни частично не имеет права передавать свои обязательства по оказанию ГОБМП по видам и формам, согласно приложению к настоящему Договору, третьей стороне.

      28. Поставщик вправе в любое время проверять ход и качество оказываемых услуг, в том числе путем проведения у Субподрядчика в форме анкетирования оценки удовлетворенности пациента услугами, не вмешиваясь в деятельность Субподрядчика, в том числе с выездом на место оказания услуг и другими, не противоречащими законодательству Республики Казахстан способами.

      29. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один экземпляр находится у Поставщика, другой – у Субподрядчика.

      Настоящий Договор составлен на государственном и русском языках. Вся относящаяся к настоящему Договору переписка и иная документация, которой обмениваются стороны, должны соответствовать данным условиям.

      30. Уведомления, сторон направляемые другой стороне в соответствии с настоящим Договором, высылаются посредством почтовой связи, факса и иными средствами коммуникации с последующим представлением оригиналов.

      31. Настоящий Договор вступает в силу со дня подписания сторонами и действует до «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

      Условия настоящего Договора распространяются на отношения сторон возникшие с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

8. Адреса и реквизиты сторон

|  |  |
| --- | --- |
| Поставщик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(наименование)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Руководитель, фамилия, имя,
отчество (при его наличии) /
подпись)Место печати | Субподрядчик
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(наименование)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Руководитель, фамилия, имя,
отчество (при его наличии)./
подпись)Место печати |

 © 2012. РГП на ПХВ Республиканский центр правовой информации Министерства юстиции Республики Казахстан