

**«Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін  
көрсету жөніндегі әлеуетті қызметтер берушінің қойылатын  
талаптарға сәйкестігін (сәйкес келмейтінін) анықтау»  
мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандарты**

**1. Жалпы ережелер**

1. «Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін көрсету жөніндегі әлеуетті қызметтер берушінің қойылатын талаптарға сәйкестігін (сәйкес келмейтінін) анықтау» мемлекеттік көрсетілетін қызметі (бұдан әрі – мемлекеттік көрсетілетін қызмет).

2. Мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартын Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі (бұдан әрі – Министрлік) әзірледі.

3. Мемлекеттік көрсетілетін қызметті Министрліктің Медициналық қызметке ақы төлеу комитетінің аумақтық департаменттері, облыстың, Астана және Алматы қалаларының денсаулық сақтау басқармалары (бұдан әрі – көрсетілетін қызметті беруші) тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін көрсетуге үміткер денсаулық сақтау субъектісі (бұдан әрі – көрсетілетін қызметті алушы) немесе оның өкілі көрсетілетін қызметті берушіге тікелей өтініш берген кезде көрсетеді.

Өтініштерді қабылдау және мемлекеттік қызметті көрсету нәтижелерін беру:

1) көрсетілетін қызметті беруші;

2) Қазақстан Республикасы Инвестициялар және даму министрлігі Байланыс, ақпараттандыру және ақпарат комитетінің облыстар, Астана және Алматы қалалары бойынша «Халыққа қызмет көрсету орталығы» шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық мемлекеттік кәсіпорны (бұдан әрі – ХҚО) арқылы жүзеге асырылады.

**2. Мемлекеттік қызметті көрсету тәртібі**

4. Мемлекеттік қызметті көрсету мерзімі:

1) қатысуға өтінімдерді ұсынудың түпкілікті мерзімі аяқталған сәттен бастап 4 (төрт) жұмыс күнінен артық емес;

Көрсетілетін қызметті алушы ұсынған қатысуға арналған құжаттардың растығын анықтаудың қажеттігі туындағанда - 30 (отыз) күнтізбелік күннің ішінде;

ХҚО-ға жүгіну кезінде құжаттарды қабылдау күні мемлекеттік қызметті көрсету мерзіміне кірмейді (ҚР «Мемлекеттік қызметтер туралы» Заңының 20 бабының [1-тармағы](#)).

2) құжаттар топтамасын тапсыру үшін күтудің рұқсат етілетін ең ұзақ уақыты – 15 (он бес) минут;

3) қызмет көрсетудің рұқсат етілетін ең ұзақ уақыты – 20 (жиырма) минут.

5. Мемлекеттік қызметті көрсету нәтижесі:

1) осы мемлекеттік көрсетілетін қызметтің стандартына [1-қосымшаға](#) сәйкес нысандағы Қазақстан Республикасының азаматтары мен оралмандарды медициналық-санитариялық алғашқы көмек (бұдан әрі – МСАК) көрсететін денсаулық сақтау субъектілеріне еркін тіркеу науқанына қатысу үшін әлеуетті қызметтер берушіге қойылатын талаптарға сәйкестігі сәйкес келмейтіні) туралы хаттамадан үзінді көшірме;

2) осы мемлекеттік көрсетілетін қызметтің стандартына [2-қосымшаға](#) сәйкес нысандағы тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі жөніндегі қызметтерді

(бұдан әрі – ТМККК) беру үшін әлеуетті қызметтер берушіге қойылатын талаптарға сәйкестігі (сәйкес келмейтіні) туралы хаттамадан үзінді көшірме.

6. Мемлекеттік қызметті ұсыну нысаны: қағаз түрінде.

7. Мемлекеттік қызмет денсаулық сақтау субъектілеріне: денсаулық сақтау ұйымдарына және жеке медициналық практикамен айналысатын жеке тұлғаларға тегін көрсетіледі («Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодекстің [32-бабы](#)).

8. Жұмыс кестесі:

1) көрсетілетін қызметті берушінің: Қазақстан Республикасының еңбек заңнамасына сәйкес демалыс және мереке күндерінен басқа, дүйсенбіден бастап жұманы қоса алғанда, сағат 13.00-ден 14.30-ге дейінгі түскі үзіліспен сағат 09.00-ден 18.30-ге дейін.

Өтінімдерді қабылдау және мемлекеттік қызметті көрсету нәтижелерін тапсыру сағат 13.00-ден 14.30-ге дейінгі түскі үзіліспен сағат 09.00-ден 18.00-ге дейін белгіленді.

Мемлекеттік қызмет кезек тәртібімен алдын ала жазылусыз және жеделдетілген қызмет көрсетусіз көрсетіледі;

2) ХҚО-ның: Қазақстан Республикасының еңбек заңнамасына сәйкес демалыс және мереке күндерінен басқа, күн сайын дүйсенбіден бастап сенбіні қоса алғанда, түскі асқа үзіліссіз, белгіленген жұмыс кестесіне сәйкес 9-00-ден 20-00-ге дейін.

Мемлекеттік қызмет «электрондық» кезек тәртібімен жеделдетілген қызмет көрсетусіз жүзеге асырылады, электрондық кезекті портал арқылы броньдау мүмкін;

9. Көрсетілетін қызметті алушы қызметтер берушіге және ХҚО-ға жүгінген кезде мемлекеттік қызметті көрсету үшін қажетті құжаттардың тізбесі:

МСАК көрсететін әлеуетті қызметтер беруші Қазақстан Республикасының азаматтары мен оралмандарды медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілеріне еркін тіркеу науқанына қатысу үшін әлеуетті қызмет берушілерді анықтау рәсіміне қатысуға арналған өтінімді (бұдан әрі - қатысуға арналған өтінім) мемлекеттік қызметтердің осы стардартына [3-қосымшаға](#) сәйкес келесі құжаттарды қоса берумен:

1) мыналардың:

заңды тұлғаны мемлекеттік тіркеу (қайта тіркеу) туралы куәліктің немесе анықтаманың (анықтаманың электрондық нұсқасы нотариаттық куәландырылмайды);

тиісті мемлекеттік орган берген, заңды тұлға құрмай кәсіпкерлік қызметті жүзеге асыруға құқық беретін құжаттың (жеке тұлға үшін);

сенімгерлік шартты

әлеуетті қызметтер берушінің тиісті медициналық қызметтер көрсетуге арналған құқығын растайтын медициналық қызметпен айналысуға лицензиялар мен оларға қосымшалардың (электрондық лицензия және оған қосымшалар нотариаттық расталмайды) нотариаттық куәландырылған көшірмелерін;

1) көшірмелерін:

жеке куәлігінің немесе паспорттың (жеке тұлға үшін);

жарғының (егер жарғыда құрылтайшылардың, қатысушылардың немесе акционерлердің құрамы көрсетілмесе, сондай-ақ құрылтайшылардың, қатысушылардың құрамы туралы үзінді көшірме немесе құрылтай шартының нотариаттық куәландырылған көшірмесі немесе акцияларды ұстаушылар тізілімінен үзінді көшірме ұсынылады);

2) денсаулық сақтау саласындағы аккредиттеу туралы куәліктің (бар болса) көшірмелері;

3) осы мемлекеттік көрсетілетін қызметтің стандартына [4-қосымшаға](#) сәйкес бірінші басшының қолымен расталған және әлеуетті қызметтер берушінің мөрімен бекітілген дәрігер кадрлардың болуы туралы мәліметтер (аккредиттеу туралы куәлік болған жағдайда аталған мәліметтер ұсынылмайды);

4) әлеуетті қызметтер берушінің мүддесін білдіретін адамға (адамдарға) комиссия

отырыстарына қатысуға арналған өтінім беруге, қол қою құқығына сенімхат.

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін (бұдан әрі – ТМККК) көрсетуге әлеуетті қызметтер беруші осы мемлекеттік көрсетілетін қызметтің стандартына [5-қосымшаға](#) сәйкес қатысуға арналған өтінімге мынадай құжаттарды қоса береді:

1) мыналардың:

заңды тұлғаны мемлекеттік тіркеу (қайта тіркеу) туралы куәліктің немесе анықтаманың (анықтаманың электрондық нысаны нотариаттық расталмайды);

сенімгерлік басқару шартының (болған жағдайда);

тиісті мемлекеттік орган берген, заңды тұлға құрмай кәсіпкерлік қызметті жүзеге асыруға құқық беретін құжаттың (жеке тұлға үшін);

тапсырыс беруші көрсеткен аумақта тиісті медициналық қызметтер көрсетуге құқығын растайтын медициналық қызметпен айналысуға арналған лицензиялар мен оларға қосымшалардың (электрондық лицензия және оған қосымшалар нотариаттық расталмайды);

фармацевтикалық қызметке арналған лицензиялардың және оларға қосымшалардың (электрондық лицензия және оған қосымшалар нотариаттық расталмайды) нотариаттық куәландырылған көшірмелерін;

2) мыналардың:

жеке куәлігінің немесе паспорттың (жеке тұлға үшін);

жарғының (егер жарғыда құрылтайшылардың, қатысушылардың немесе акционерлердің құрамы көрсетілмесе, сондай-ақ құрылтайшылардың, қатысушылардың құрамы туралы үзінді көшірме немесе құрылтай шартының нотариаттық куәландырылған көшірмесі немесе акцияларды ұстаушылар тізілімінен үзінді көшірме ұсынылады);

денсаулық сақтау саласындағы аккредиттеу туралы куәліктің (бар болса);

қатысуға арналған өтінімінде көрсетілген жоғары мамандандырылған медициналық көмек (бұдан әрі – ЖММК) технологиялары тізбесі бойынша медициналық көмек көрсетуге қойылатын талаптарға сәйкестігі туралы уәкілетті орган берген қорытындының көшірмелерін;

3) осы мемлекеттік көрсетілетін қызметтің стандартына [6-қосымшаға](#) сәйкес шарттың талаптарында көзделген төлемақыны алғанға дейін оны қызметтер беруші деп айқындаған күннен бастап қызметтер көрсету үшін дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдар бойынша, тамақ өнімдері бойынша кемінде бір ай мерзімге арналған материалдық ресурстар қорының болуын растайтын ақпарат қоса берілген кепілдік міндеттеме;

қолданылуының бүкіл кезеңіне шарт жасасу кезінде уәкілетті орган бекіткен тиісті медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі туралы ережеге (ережелерге) оның сәйкестігі жөніндегі кепілхат (денсаулық сақтау саласындағы аккредиттеу туралы куәлік болған жағдайда кепілдеме хат ұсынылмайды);

ағымдағы кезеңге арналған кредиторлық берешегі туралы ақпарат;

осы мемлекеттік көрсетілетін қызметтің стандартына [4-қосымшаға](#) сәйкес нысан бойынша кадрлардың біліктілігі туралы мәліметтер (аккредиттеу туралы куәлік болған жағдайда, бұл мәліметтер ұсынылмайды);

осы мемлекеттік көрсетілетін қызметтің стандартына [7-қосымшаға](#) сәйкес ТМККК шеңберінде медициналық көмектің түрлері мен нысандары, оның ішінде ЖММК технологияларының тізбесі, осы мемлекеттік көрсетілетін қызметтің стандартына [8-қосымшаға](#) сәйкес бейінді төсектердің саны (стационарлық және стационарды алмастыратын көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілері үшін осы мемлекеттік көрсетілетін қызметтің стандартына [9-қосымшаға](#) сәйкес медициналық техниканың, оның ішінде қаржылық лизинг шарттарында сатып алынған, болуы туралы соңғы үш жылда және мәлімделген кезеңде (оларға ТМККК шеңберінде медициналық көмек көрсету кезеңі үш жылдан аспаған жағдайда) көрсетілген мәліметтер;

осы мемлекеттік көрсетілетін қызметтің стандартына [10-қосымшаға](#) сәйкес қатысуға арналған өтінімде көрсетілген медициналық көмектің жоқ түрлеріне/кіші түрлеріне ниет білдіру шарты;

Қазақстан Республикасының азаматтық заңнамасына сәйкес бүкіл онкологиялық диспансерлер арасындағы онкологиялық науқастарға ТМККК қызметтерін көрсетуге арналған алдынала шарт;

4) оның мүдделерін білдіретін адамға(-дарға) комиссия отырыстарына да қатысуға арналған өтінімді беруге, қол қою құқығына сенімхат.

Қазақстан Республикасының резиденті болып табылмайтын әлеуетті қызметтер беруші өзінің осы Қағидаларда белгіленген талаптарға сәйкестігін растау үшін Қазақстан Республикасының резиденті сияқты құжаттарды не осы талаптарға сәйкестігі туралы ұқсас мәліметтерді ұсынады.

10. МСАК көрсететін денсаулық сақтау субъектілеріне Республикасының азаматтары мен оралмандарды еркін тіркеу науқанына қатысу үшін әлеуетті қызмет берушілерді анықтау рәсімін өткізу туралы көрсетілетін қызметті беруші хабарламасында көрсеткен қатысуға рәсімдерді қабылдаудың соңғы мерзімі аяқталғанына дейін көрсетілетін қызметті алушы осы мемлекеттік көрсетілетін стандартқа [3-қосымшаға](#) сәйкес өтінімді ұсынады.

Көрсетілген қызметті беруші қызметті берушіні таңдау рәсімін жүзеге асыру туралы жариялаған күннен бастап бес күн ішінде қызметті алушы қатысуға арналған өтінімді ұсынады.

Қатысуға арналған өтінімді әлеуетті қызметтер беруші тапсырыс берушіге тігілген түрде, нөмірленген парақтармен түзетулерсіз және жөндеулерсіз ұсынады. Бұл ретте өтінімнің соңғы парағы бірінші басшының қолымен куәландырылады және мөрімен бекітіледі.

11. Көрсетілетін қызметті алушы барлық қажетті құжаттарды көрсетілетін қызметті берушіге тапсырған кезде өтініштің қабылданғанын растау оны өтінімдерді тіркеу журналында хатшының тіркеуі болып табылады.

Құжаттарды ХҚО арқылы қабылдаған кезде көрсетілетін қызметті алушыға тиісті құжаттардың қабылданғаны туралы қолхат беріледі.

12. Көрсетілетін қызметті беруші көрсетілетін қызметті алушыға (не оның өкіліне нотариаттық куәландырылған сенімхат бойынша) мемлекеттік қызметті көрсету нәтижелерін мемлекеттік қызметті көрсету мерзімі аяқталғаннан кейін бір айдың ішінде тапсырады. Көрсетілген мерзім аяқталғаннан кейін мемлекеттік қызметті көрсету нәтижелерін беру тапсырыс алушының сұратуы бойынша жүзеге асырылады.

ХҚО-да тапсырыс алушыға мемлекеттік қызметті көрсету нәтижелерін беру тапсырыс алушы жеке куәлігін ұсынған кезде қолхаттың негізінде жүзеге асырылады (не оның өкілінің нотариаттық куәландырылған сенімхат бойынша).

ХҚО нәтиженің сақталуын бір ай ішінде қамтамасыз етеді, кейін оларды қызмет берушіге кейінгі сақтауы үшін тапсырады. Тапсырыс алушы ХҚО-ға жүгінген кезде мемлекеттік қызметті көрсету қолхатында көрсетілген күннен бастап бір ай ішінде ХҚО-ның сұратуы бойынша тапсырыс беруші бір жұмыс күнінің ішінде мемлекеттік қызметті көрсету нәтижелерін ХҚО-ға тапсыру үшін жолдайды.

13. Көрсетілетін қызметті алушы осы мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартының [9-тармағында](#) көзделген тізбеге сәйкес құжаттар топтамасын толық ұсынбаған жағдайда, ХҚО қызметкері өтінішті қабылдаудан бас тартады және осы мемлекеттік көрсетілетін қызметтің стандартына [11-қосымшаға](#) сәйкес нысан бойынша құжаттарды қабылдаудан бас тарту туралы қолхат береді.

### **3. Мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері бойынша көрсетілетін қызметті берушілердің және (немесе) олардың лауазымды адамдарының шешімдеріне, әрекеттеріне (әрекетсіздігіне) шағымдану тәртібі**

14. Мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері бойынша көрсетілетін қызметті берушінің немесе ХҚО-ның және (немесе) оның лауазымды адамдарының шешімдеріне, әрекеттеріне (әрекетсіздігіне) шағымдану: осы мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартының [13-тармағында](#) көрсетілген тиісті атқарушы орган басшысының атына немесе Министрліктің атына шағым беріледі, келесі мекенжайға: 010000, Астана қаласы, Орынбор көшесі, 8-үй, Министрліктер үйі, 5-кіреберіс.

Шағым пошта арқылы жазбаша нысанда немесе көрсетілетін қызметті берушінің не тиісті атқарушы органның немесе Министрліктің кеңсесі арқылы жұмыс күндері қолма-қол беріледі.

Шағымның қабылданғанын растау тиісті атқарушы органның немесе Министрліктің кеңсесінде оның тіркелуі болып табылады (мөртабаны, кіріс нөмірі мен күні шағымның екінші парағында немесе шағымға ілеспе хатта қойылады).

ХҚО қызметкері қызметтерді дұрыс көрсетпеген жағдайда, шағым ХҚО басшысының атына жасалады.

Қолма-қол, сол сияқты пошта арқылы келіп түскен шағымның ХҚО кеңсесінде қабылданғанын растау оны тіркеу (мөртаңба, кіріс нөмірі мен тіркеу күні шағымның немесе шағымға ілеспе хаттың екінші данасына қойылады) болып табылады.

Портал арқылы жүгінген кезде, шағымдану тәртібі туралы ақпаратты бірыңғай байланыс-орталығының 1414 телефоны бойынша алуға болады.

«Жеке кабинет» портал арқылы қызмет алушыға шағымданған кезде, жүгіну туралы ақпарат қолжетімді, ол қызмет беруші жүгінуді өндеген кезде жаңартылады (жеткізілу, тіркеу, орындау туралы белгілер, қарау туралы немесе қараудан бас тарту туралы жауап).

Көрсетілетін қызметті алушының шағымында:

- 1) жеке тұлғаның – тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), пошталық мекенжайы;
- 2) заңды тұлғаның – атауы, пошталық мекенжайы, шығыс нөмірі мен күні.

Көрсетілетін қызметті берушінің, тиісті атқарушы органның, Министрліктің немесе ХҚО-ның мекенжайына келіп түскен көрсетілетін қызметті алушының шағымы тіркелген күнінен бастап 5 (бес) жұмыс күнінің ішінде қаралуға жатады.

Шағымды қарау нәтижелері туралы уәждеделген жауап көрсетілетін қызметті алушыға пошталық байланыс арқылы жіберіледі немесе көрсетілетін қызметті берушінің, тиісті атқарушы органның, Министрліктің немесе ХҚО-ның кеңсесінде қолма-қол беріледі.

Көрсетілген мемлекеттік қызметтің нәтижелерімен келіспеген жағдайда, көрсетілетін қызметті алушы мемлекеттік қызметтерді көрсету сапасын бағалау мен бақылау бойынша тиісті уәкілетті органға жүгінуге құқылы.

15. Көрсетілген мемлекеттік қызметтің нәтижелерімен келіспеген жағдайда, көрсетілетін қызметті алушы Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен сотқа жүгінуге құқылы.

#### **4. Мемлекеттік көрсетілетін қызметті көрсетудің ерекшеліктері ескеріле отырып қойылатын өзге де талаптар**

16. Мемлекеттік қызмет көрсету мекенжайлары мынадай интернет-ресурстарда орналастырылады:

Министрліктің [www.@mzsf.gov.kz](http://www.@mzsf.gov.kz) «Мемлекеттік көрсетілетін қызметтер» бөлімі;

Облыстардың, Астана және Алматы қалаларының денсаулық сақтау басқармаларында;

ХҚО-ның – [www.con.gov.kz](http://www.con.gov.kz).

немесе көрсетілетін қызметті берушінің ғимаратында.

17. Қызмет алушы мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелерінің тәртібі мен дәрежесі туралы ақпаратты жойылған қол жеткізу режимінде «жеке кабинет» порталы арқылы, сонымен бірге мемлекеттік қызметтерді көрсету мәселелері бойынша бірыңғай



байланыс-орталығынан алуға мүмкіндігі бар.

18. Қызмет алушы мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері бойынша анықтама қызметтерінің байланыс телефондары Министрліктің, тиісті атқарушы органның интернет-ресурсында орналасқан. Мемлекеттік қызмет көрсету мәселелері бойынша бірыңғай байланыс-орталығы: 1414.

Тегін медициналық көмектің  
кепілдік  
берілген көлемін көрсету жөніндегі  
әлеуетті қызметтер берушінің  
қойылатын  
талаптарға сәйкестігін (сәйкес  
келмейтінін) анықтау мемлекеттік  
көрсетілетін қызмет стандартына  
1-қосымша

**Қазақстан Республикасының азаматтары мен оралмандарды МСАК  
көрсететін денсаулық сақтау субъектілеріне еркін тіркеу  
науқанына қатысу үшін әлеуетті қызметтер берушіге қойылатын  
талаптарға сәйкестігі (сәйкес келмейтіні) туралы  
хаттамадан үзінді көшірме\***

\_\_\_\_\_ 20\_\_ ЖЫЛҒЫ «\_\_» \_\_\_\_\_  
(орналасқан жері)

Бұйрықпен құрылған комиссия

\_\_\_\_\_ (тапсырыс берушінің атауы)

20\_\_ ЖЫЛҒЫ \_\_\_\_\_  
№ \_\_\_\_\_

(бұйрықтың атауы)

Қазақстан Республикасының азаматтары мен оралмандарды медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілеріне \_\_\_\_\_ жылға еркін тіркеу науқанына қатысу үшін әлеуетті қызметтер берушілерді айқындау рәсіміне қатысуға арналған өтінімдерді қарау нәтижелері бойынша ашық дауыс беру арқылы мынадай ШЕШІМ ШЫҒАРДЫ:

\_\_\_\_\_ (әлеуетті қызметтер берушінің атауы)  
(сәйкес келмейді) және Қазақстан Республикасының азаматтары мен оралмандарды МСАК көрсететін денсаулық сақтау субъектілеріне еркін тіркеу науқанына қатысуға жіберілді (жіберілген жоқ).  
Көрсетілетін қызметті алушы

\_\_\_\_\_ қолы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

МО

Тегін медициналық көмектің  
кепілдік  
берілген көлемін көрсету жөніндегі  
әлеуетті қызметтер берушінің  
қойылатын

талаптарға сәйкестігін (сәйкес келмейтінін) анықтау мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартына  
2-қосымша

**Әлеуетті қызметтер берушіге қойылатын талаптарға сәйкестігі (сәйкес келмейтіні) туралы хаттамадан үзінді көшірме**

\_\_\_\_\_ 20\_\_ жылғы «\_\_» \_\_\_\_\_  
(орналасқан жері)

Бұйрықпен құрылған комиссия

\_\_\_\_\_ 20\_\_ жылғы \_\_\_\_\_  
№ \_\_\_\_\_

(тапсырыс берушінің атауы)

(бұйрықтың атауы)

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін көрсету жөніндегі қызметтер берушілерді айқындау рәсіміне қатысуға арналған өтінімдерді қарау нәтижелері бойынша ашық дауыс беру арқылы мынадай ШЕШІМ ШЫҒАРДЫ:

(сәйкес келмейді) және Қазақстан Республикасының азаматтары мен оралмандарды тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін \_\_\_\_\_ жылға орналастыру рәсіміне қатысуға жіберілді (жіберілген жоқ).  
Көрсетілетін қызметті алушы

\_\_\_\_\_  
қолы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

МО

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін көрсету жөніндегі әлеуетті қызметтер берушінің қойылатын талаптарға сәйкестігін (сәйкес келмейтінін) анықтау мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартына  
3-қосымша

**Қазақстан Республикасының азаматтары мен оралмандарды медициналық-санитариялық алғашқы көмек (бұдан әрі – МСАК) көрсететін денсаулық сақтау субъектілеріне еркін тіркеу науқанына қатысу үшін әлеуетті қызметтер берушілерді айқындау рәсіміне қатысуға арналған өтінім**

1. Қазақстан Республикасының азаматтары мен оралмандарды МСАК көрсететін денсаулық сақтау субъектілеріне еркін тіркеу науқанына қатысу үшін әлеуетті қызметтер берушілерді айқындау рәсіміне қатысуға үміткер заңды (жеке) тұлға (бұдан әрі – МСАК-тың әлеуетті қызметтер берушісі) туралы мәліметтер:

МСАК-тың әлеуетті қызметтер берушісінің заңды, пошталық мекенжайы мен байланыс телефондары;

МСАК-тың әлеуетті қызметтер берушісінің банктік деректемелері (ЖСН, БСН, ЖСК), сондай-ақ, МСАК-тың әлеуетті қызметтер берушісіне қызмет көрсетілетін банктің немесе оның филиалының атауы мен мекенжайы;

МСАК-тың әлеуетті қызметтер берушісі бірінші басшысының Т.А.Ә.

2.

(әлеуетті қызметтер берушінің атауы)

осы өтініммен Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін көрсету жөніндегі қызметтер берушіні таңдау және оның шығындарын өтеу қағидаларында көзделген талаптар мен шарттарға сәйкес Қазақстан Республикасының азаматтары мен оралмандарды МСАК көрсететін денсаулық сақтау субъектілеріне еркін тіркеу науқанына қатысу үшін әлеуетті қызметтер берушіні айқындау рәсіміне қатысуға ниет білдіреді.

3. Осы өтініммен әлеуетті қызметтер берушілерге қойылатын талаптардың бұзылмағанын және ұсынылған мәліметтердің дұрыстығын растайды.

Қосымша :

(парақтардың санын көрсете отырып, құжаттың атауы)

(әлеуетті қызметтер берушінің бірінші басшысының лауазымы,

Т.А.Ә. және оның қолы)

М.О.

Толтырылған күні \_\_\_\_\_

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін көрсету жөніндегі әлеуетті қызметтер берушінің қойылатын талаптарға сәйкестігін (сәйкес келмейтінін) анықтау мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартына 4-қосымша

### Кадрлар біліктілігі туралы мәліметтер\*

(әлеуетті қызметтер берушінің атауы)

Р/с №	Т.А.Ә.	Атқаратын лауазымы	Білімі (диплом №, оқу орнының атауы және бітірген жылы)	Мамандығы бойынша еңбек өтілі	Біліктілік санаты берілген (берілмеген) маман сертификаты (№ және	Соңғы 5 жылда біліктілігі арттырылған туралы құжат (бар	Ғылыми дәрежесінің, атағының болуы туралы құжат (бар болса)	Жұмысқа қабылдау туралы бұйрық (№, күні)
-------	--------	--------------------	---	-------------------------------	---	---	---	--



					берілген күні)	болса)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Ескертпе:

\*аккредиттеу туралы куәлік болған жағдайда бұл мәліметтер ұсынылмайды

Басшы \_\_\_\_\_

(қолы, Т.А.Ә.)

М.О.

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін көрсету жөніндегі әлеуетті қызметтер берушінің қойылатын талаптарға сәйкестігін (сәйкес келмейтінін) анықтау мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартына 5-қосымша

Тапсырыс берушіге

\_\_\_\_\_ (тапсырыс берушінің атауы)

\_\_\_\_\_ (әлеуетті қызметтер берушінің атауы)

**Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін көрсету жөніндегі қызметтер берушіні таңдау рәсіміне қатысуға арналған өтінім**

1. Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін көрсету жөніндегі қызметтер берушіні (бұдан әрі - әлеуетті қызметтер беруші) таңдау рәсіміне қатысуға ниет білдірген заңды (жеке) тұлға туралы мәліметтер:

әлеуетті қызметтер берушінің заңды, пошталық мекенжайы және байланыс телефондары;

әлеуетті қызметтер берушінің банктік деректемелері (ЖСН, БСН, ЖСК), сондай-ақ әлеуетті қызметтер берушіге қызмет көрсететін банктің немесе оның филиалының толық атауы және мекенжайы;

әлеуетті қызметтер берушінің бірінші басшысының Т.А.Ә.

2. Мынадай медициналық көмектің нысаны(-дары) бойынша:

\_\_\_\_\_, оның ішінде мынадай ЖММК технологиялары бойынша: \_\_\_\_\_ мынадай медициналық көмектің түріне (-леріне) өтінім береді: \_\_\_\_\_.

3. \*Осы өтінім қосалқы мердігер (-лер)

\_\_\_\_\_

(қосалқы мердігердің атауы)  
мынадай қызметтердің түрін(-лерін) көрсету үшін:

\_\_\_\_\_

түрлері)  
тартылуын растайды.

4.

(қызметтердің

\_\_\_\_\_ (әлеуетті қызметтер берушінің атауы)  
осы өтініммен Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін көрсету бойынша қызметтер берушіні таңдау және оның шығындарын өтеу қағидаларында көзделген талаптар мен шарттарға сәйкес әлеуетті қызметтер беруші ретінде тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін көрсету жөніндегі қызметтер берушілерді таңдау рәсіміне қатысуға ниет білдіреді.

5. \*Осы өтініммен қосалқы мердігер қосалқы мердігерге қойылатын талаптардың бұзылмағанын және оған қатысты ұсынылған мәліметтердің дұрыстығын растайды.

6. Осы өтініммен әлеуетті қызметтер берушіге қойылатын талаптардың бұзылмағанын және ұсынылған мәліметтердің дұрыстығын растайды.

Қосымша:

\_\_\_\_\_ (парақтардың санын көрсете отырып, құжаттың атауы)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(әлеуетті қызметтер берушінің бірінші басшысының лауазымы, Т.А.Ә.

және оның қолы)

М.О.

Толтырылған күні \_\_\_\_\_

Ескертпе:

\*қосалқы мердігерді (-лерді) тартқан жағдайда толтырылады.

Тегін медициналық көмектің  
кепілдік  
берілген көлемін көрсету жөніндегі  
әлеуетті қызметтер берушінің  
қойылатын  
талаптарға сәйкестігін (сәйкес  
келмейтінін) анықтау мемлекеттік  
көрсетілетін қызмет стандартына  
б-қосымша

\_\_\_\_\_ (әлеуетті қызметтер берушінің атауын көрсету)  
кепілдік міндеттемесі

мынадай ақпаратты қоса бере отырып, медициналық көмекті үздіксіз жүзеге асыруды қамтамасыз ету үшін кемінде бір ай мерзімге дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдардың және тамақ өнімдері қорының болуына кепілдік береді:

1. Дәрілік заттардың қорлары туралы ақпарат;
2. Медициналық мақсаттағы бұйымдардың қорлары туралы ақпарат;
3. Тамақ өнімдерінің қорлары туралы ақпарат.

Р/с №	Дәрілік заттың атауы	Өлшем бірлігі	Саны	Сомасы, теңге
1	2	3	4	5

## 2. Медициналық мақсаттағы бұйымдардың қорлары туралы ақпарат

Р/с №	Медициналық мақсаттағы бұйымның атауы	Өлшем бірлігі	Саны	Сомасы, теңге
1	2	3	4	5

## 3. Тамақ өнімдерінің қорлары туралы ақпарат

Р/с №	Тамақ өнімдерінің атауы	Өлшем бірлігі	Саны	Сомасы, теңге
1	2	3	4	5

Аутсорсинг жағдайында жасалған шарттардың көшірмелері қоса беріледі.

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

(әлеуетті қызметтер берушінің бірінші басшысының лауазымы,  
Т.А.Ә.

және оның қолы)

М.О.

Тегін медициналық көмектің  
кепілдік  
берілген көлемін көрсету жөніндегі  
әлеуетті қызметтер берушінің  
қойылатын  
талаптарға сәйкестігін (сәйкес  
келмейтінін) анықтау мемлекеттік  
көрсетілетін қызмет стандартына  
7-қосымша

\_\_\_\_\_ (әлеуетті қызметтер берушінің атауы)

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде соңғы 3 жылда\*  
көрсетілген және \_\_\_\_\_

(кезең)

мәлімделген медициналық көмектің түрлері мен нысандары туралы мәліметтер

Медициналық көмектің түрлері	Медициналық көмектің нысандары	Медициналық көмектің нысандары							
		20__ жыл		20__ жыл		20__ жыл		20__ жылға арналған өтінім	
		саны	сомасы (теңге)	саны	сомасы (теңге)	саны	сомасы (теңге)	саны	сомасы (теңге)

Ескертпе:

\*Егер тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде әлеуетті қызметтер берушінің медициналық көмек көрсету кезеңі үш жылдан кем болса, мәліметтер өзге кезең үшін ұсынылады.

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде соңғы 3 жылда\* көрсетілген және \_\_\_\_\_\*\*

(кезең)

мәлімделген жоғары мамандандырылған медициналық көмек (бұдан әрі – ЖММК) технологияларының тізбесі туралы мәліметтер\*\*\*

Р/с №	АХЖ 9 бойынша коды	ЖММК технологияларының атауы	ЖММК технологияларының саны				Технологиялардың тізбесі бойынша медициналық көмек көрсетуге талаптарға сәйкестігіне арналған қорытындының № мен күні
			20__ жыл	20__ жыл	20__ жыл	20__ жылға арналған өтінім	

Ескертпе:

\*ЖММК технологияларын көрсетуге арналған өтінімдер болған жағдайда толтырылады;

\*\*егер тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде әлеуетті қызметтер берушінің медициналық көмек көрсету кезеңі үш жылдан кем болса, мәліметтер өзге кезең үшін ұсынылады;

\*\*\*шарттың қолданылу кезеңінде шарт сомасы шеңберінде ЖММК технологиялар тізбесі өзгерген жағдайда қызметтер беруші тапсырыс берушіге уәкілетті орган айқындаған тәртіппен қорытынды ұсынады.

\_\_\_\_\_  
(әлеуетті қызметтер берушінің бірінші басшысының лауазымы,  
Т.А.Ә.

және оның қолы)

М.О.

Тегін медициналық көмектің  
кепілдік  
берілген көлемін көрсету жөніндегі  
әлеуетті қызметтер берушінің

қойылатын  
талаптарға сәйкестігін (сәйкес  
келмейтінін) анықтау мемлекеттік  
көрсетілетін қызмет стандартына  
8-қосымша

(әлеуетті қызметтер берушінің атауы)

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде стационарлық және стационарды алмастыратын көмек көрсететін әлеуетті қызметтер берушінің соңғы 3 жылдағы\* және жоспарланған \_\_\_\_\_ кезеңге арналған төсек қоры туралы мәліметтер

P/c №	Төсек орын бейінінің атауы	Төсек орындар саны			
		20__ жыл	20__ жыл	20__ жыл	20__ жыл
1	2	3	4	5	6
ЖИЫНЫ (тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін көрсетуге арналған төсек-орындардың жалпы саны)					

Ескертпе:

\*егер тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде әлеуеттік қызметтер берушінің медициналық көмек көрсету мерзімі үш жылдан кем болса, мәліметтер өзге мерзімге беріледі.

\_\_\_\_\_  
(әлеуетті қызметтер берушінің бірінші басшысының лауазымы,  
Т.А.Ә.

және оның қолы)

М.О.

Тегін медициналық көмектің  
кепілдік  
берілген көлемін көрсету жөніндегі  
әлеуетті қызметтер берушінің  
қойылатын  
талаптарға сәйкестігін (сәйкес  
келмейтінін) анықтау мемлекеттік  
көрсетілетін қызмет стандартына  
9-қосымша

(әлеуетті қызметтер берушінің атауы)

Медициналық техниканың болуы туралы мәліметтер

Р/с №	Медициналық техниканың атауы	Оның ішінде қаржы лизингісінің шарттарында сатып алынғаны (иә/жоқ)	Шыққан жылы	Саны
1	2	3	4	5

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(әлеуетті қызметтер берушінің бірінші басшысының лауазымы, Т.А.Ә. және оның қолы)  
М.О.

Тегін медициналық көмектің  
кепілдік  
берілген көлемін көрсету жөніндегі  
әлеуетті қызметтер берушінің  
қойылатын  
талаптарға сәйкестігін (сәйкес  
келмейтінін) анықтау мемлекеттік  
көрсетілетін қызмет стандартына  
10-қосымша

**Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің  
консультациялық-диагностикалық қызметтерін көрсетуге  
ниет білдіру туралы үлгілік шарт**

20\_\_ ЖЫЛҒЫ «\_\_»

\_\_\_\_\_ (орналасқан жері)

Бұдан әрі «1-тарап» деп аталатын

\_\_\_\_\_ (Жарғы, Ереже, жеке куәлігі

немесе

\_\_\_\_\_ сенімхат (№, берілген күні, кім берді, жарамдылық мерзімі) және т.б.)

негізінде әрекет ететін және \_\_\_\_\_ мекенжайы

(денсаулық сақтау субъектісінің орналасқан

жері)

бойынша орналасқан

\_\_\_\_\_ (денсаулық сақтау субъектісінің толық

атауы)

\_\_\_\_\_ атынан

(лауазымы, Т.А.Ә.)

және бұдан әрі «2-тарап» деп аталатын

\_\_\_\_\_ (Жарғы, Ереже, жеке куәлігі немесе

\_\_\_\_\_



сенімхат (№, берілген күні, кім берді, қолданылу мерзімі) және т.б.)

негізінде әрекет ететін және \_\_\_\_\_  
мекенжайы

(денсаулық сақтау субъектісінің орналасқан  
жері)  
бойынша орналасқан

\_\_\_\_\_ (денсаулық сақтау субъектісінің толық  
атауы)

\_\_\_\_\_ атынан

(лауазымы, Т.А.Ә.)

Бірлесіп бұдан әрі «Тараптар» деп аталатындар Қазақстан Республикасының [Азаматтық кодексіне](#) сәйкес төмендегілер туралы осы шартты жасасты:

1. Осы шарттың шеңберінде «Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін көрсету жөніндегі қызметтер берушіні таңдау және оның шығындарын өтеу қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2012 жылғы 25 қазандағы № 1358 [қаулысына](#) сәйкес 1-тарап

\_\_\_\_\_ (тапсырыс берушінің атауы – облыстың, Астана және Алматы қалаларының

денсаулық сақтау басқармалары)

ТМККК көрсетуге арналған шарт жасасқан жағдайда 2-Тарап шарттық негізде 1-тарапқа

\_\_\_\_\_ (қызмет көрсету орны көрсетіледі: ауыл, кент, ауылдық округ, қаладағы

аудан, қала, аудан, облыс)

аумағында медициналық қызметтің мынадай кіші түрлеріне

\_\_\_\_\_ **(«Рұқсаттар мен хабарламалар туралы» Қазақстан Республикасының [Заңына](#) сәйкес)**

2-тараптың лицензиялары мен оған қосымшаларға сәйкес тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің консультациялық-диагностикалық қызметтерін көрсетуге міндеттенеді.

2. Осы шарт Тараптар оған қол қойған сәттен бастап күшіне енеді және тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін көрсету жөніндегі қызметтер көрсету туралы шарт жасасқанға дейін қолданылады.

3. Осы шарт Тараптардың келісімі бойынша мерзімінен бұрын тоқтатылуы мүмкін.

4. Тараптардың мекенжайлары, деректемелері, қолдары мен мөрлері.

Тегін медициналық көмектің  
кепілдік  
берілген көлемін көрсету жөніндегі  
әлеуетті қызметтер берушінің  
қойылатын

талаптарға сәйкестігін (сәйкес келмейтінін) анықтау мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартына  
11-қосымша

### **Құжаттарды қабылдаудан бас тарту туралы қолхат**

«Мемлекеттік көрсетілетін қызметтер туралы» 2013 жылғы 15 сәуірдегі Қазақстан Республикасының Заңы 20-бабының [2-тармақшасын](#) басшылыққа ала отырып, «Халыққа қызмет көрсету орталығы» РМК филиалының №\_\_ бөлімі (мекенжайын көрсету) мемлекеттік қызмет көрсетуге Сіздің мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартында көзделген тізбеге сәйкес құжаттардың толық топтамасын ұсынбауыңызға байланысты, атап айтқанда:

Жоқ құжаттардың атауы:

- 4) \_\_\_\_\_ ;  
5) \_\_\_\_\_ ;

б) ....

(мемлекеттік көрсетілетін қызметтің атауын мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартына сәйкес көрсету) құжаттарды қабылдаудан бас тартады.

Осы қолхат әр тарапқа бір-бірден 2 данада жасалды.

(Орталық қызметкерінің) Т.А.Ә. (қолы)

Орындаушы Т.А.Ә.

Телефон

Алдым: /көрсетілетін қызметті алушының Т.А.Ә. / қолы

20\_\_ жылғы «\_\_» \_\_\_\_\_