Приложение 6-1

**Заключение по результатам посещения субъекта здравоохранения, претендующего на оказание медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования**

г.Кызылорда
(местонахождение)

«14» октября 2025 года

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:

**Отдел закупа и оплаты медицинской помощи эксперт- Сайлау Ә.Н.**
**Отдел оценка качества медицинской помощи и мониторинга договорных обьязательств-эксперт Қыдырбайұлы Н.**
*(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность работников Фонда, посетивших субъект здравоохранения)*

в рамках рассмотрении заявки на актуализацию сведений или на включение в базу данных по видам или условиям оказания медицинской помощи, на которые подана заявка субъектом здравоохранения (далее – заявка на актуализацию)

| Вид/Форма медицинской помощи (Поставщик) | Подвида вида/формы медицинской помощи (Поставщик) | Вид/Форма медицинской помощи (Соисполнитель) | Подвида вида/формы медицинской помощи (Соисполнитель) |
|---|---|---|---|
| Медико-социальная помощь лицам, больным туберкулезом | Противотуберкулезные препараты | Консультативно-диагностическая помощь (специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях) | Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в системе ОСМС |
| Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях | Медико-социальная помощь лицам, больным туберкулезом по комплексному тарифу, включая реабилитацию | | |
| | Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях взрослому населению в системе ОСМС | | |

*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*

посетил производственную (-ые) базу(-ы) **КГП на ПХВ "ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ" УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ"**
*(указать наименование субъекта здравоохранения)*
по адресу:

**Кызылординская область, г.Кызылорда, поселок Тасбогет, улица Ш. Есенов, здание 6**

*(указывается адрес производственной (-ых) баз(-ы))*

**Фонд по результатам посещения РЕШИЛ:**

| № п/п | БИН/ИИН | Наименование субъекта здравоохранения | Решение |
|---|---|---|---|
| | | | Подтверждает (не подтверждает) наличие производственных баз, медицинских работников и медицинской техники в соответствии с данными, указанными в заявке на **актуализацию, соответствие Стандарту (-ам) в области здравоохранения** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | 960140000428 | КОММУНАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ "ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ" УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ"" | Подтверждает |

| Фамилия, имя, отчество (при его наличии) | Место работы | Должность | Подпись | Дата подписи |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **Сайлау Ә.Н.** | **Отдел планирования и финансов медицинской помощи** | Эксперт | | 14.10.2025 |
| **Қыдырбайұлы Н.** | **Отдел оценка качества медицинской помощи и мониторинга договорных обьязательств** | **Эксперт** | | 14.10.2025 |