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 «21» октября 2025 года
(местонахождение)

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

**Отдел закупа и оплаты медицинской помощи эксперт-Бедеров Г**
**Отдел оценка качества медицинской помощи и мониторинга договорных обьязательств- гл.эксперт -Касымбекова С**
*(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) |
|---|---|---|---|
| Консультативно-диагностическая помощь (специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях) | Экстренная и плановая стоматологическая помощь отдельным категориям граждан РК в системе ОСМС | Консультативно-диагностическая помощь (специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях) | Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в рамках ГОБМП |
| | | | Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в системе ОСМС |
| | | | Профилактические медицинские осмотры детского населения в системе ОСМС |

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

посетил производственную (-ые) базу(-ы) **ТОО "Doctor Ermek"**
*(указать наименование субъекта здравоохранения)*
по адресу:
**1. Кызылординская область, город Кызылорда, улица Базарбек Осербаева, дом №19, квартира №32** *(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 | 220940041420 | **ТОО "Doctor Ermek"** | **не подтверждает**<br><br>**пп. 13) пункта 8: на основании заключения по результатам посещения субъекта здравоохранения Фондом согласно пункту 15-1 Правил**<br><br>**8) несоответствие (недостоверность) документов, представленных субъектом здравоохранения и (или) данных (сведений), содержащихся в них, данным, указанным в заявке;**<br><br>В стоматологическом центре «**Доктор Дент-**» **ТОО "Doctor Ermek"** выявлены следующие нарушения:<br>• Юридическое наименование организации отсутствует;<br>• В стоматологическом центре отсутствует наглядная информация;<br>• Документы, подтверждающие квалификацию врачей-стоматологов, в учреждении в специальных файлах не представлены;<br>• Личные медицинские (санитарные) книжки сотрудников отсутствуют не предоставлены для проверки;<br>• Аптечка для оказания первой медицинской помощи укомплектована не в полном объёме, препарат адреналин имеет срок годности до октября 2025 года, что не соответствует установленным требованиям.<br>• Место размещения стерилизационного аппарата для |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | стоматологических инструментов не соответствует санитарно-эпидемиологическим требованиям. |

| Фамилия, имя, отчество (при его наличии) | Место работы | Должность | Подпись | Дата подписи |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **Бедеров Г** | **Отдел закупа и оплаты медицинской помощи** | **Эксперт** | | 21.10.2025 |
| **Касымбекова С** | **Отдел оценка качества медицинской помощи и мониторинга договорных обьязательств** | **Главный эксперт** | | 21.10.2025 |