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 «23» октября 2025 года
(местонахождение)

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

Отдел закупа и оплаты медицинской помощи гл. эксперт- Кеулимжаева А.
Отдел оценка качества медицинской помощи и мониторинга договорных обьязательств- гл.эксперт- Бекпанов Б.
(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)**
Медицинская помощь онкогематологическим больным	Паллиативная медицинская помощь	Консультативно-диагностическая помощь (специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях)	Оказание паллиативной помощи мобильными бригадами онкологическим больным
Медицинская реабилитация	Дорогостоящие виды диагностических исследований для пациентов с подозрением на онкологические заболевания по направлению специалиста (КТ, МРТ) в системе ОСМС	Медицинская помощь больным онкологическими заболеваниями	Специализированная медицинская помощь на вторичном уровне в стационарных и стационарозамещащих условиях больным с новообразованиями, за исключением злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной ткан
Паллиативная медицинская помощь	Медицинская реабилитация в КС 2 этап		Специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях при диагностике новообразований, динамическом наблюдении онкологических больных на вторичном уровне оказания онкологической помощи
Консультативно-диагностическая помощь (специализированная медицинская помощь в амбулаторных	Оказание паллиативной помощи мобильными бригадами онкологическим больным		Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в рамках ГОБМП

условиях)			
Медицинская помощь больным онкологическими заболеваниями	Перезарядка и сервисное обслуживание оборудования ионизирующего излучения		Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в системе ОСМС
	Медицинская помощь онкогематологическим больным в рамках ГОБМП		
	Медицинская помощь онкогематологическим больным в системе ОСМС		
	Специализированная медицинская помощь на вторичном уровне в стационарных и стационарозамещащих условиях больным с новообразованиями, за исключением злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей		
	Специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях при диагностике новообразований, динамическом наблюдении онкологических больных на вторичном уровне оказания онкологической помощи		

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

посетил производственную (-ые) базу(-ы) **КГП на ПХВ "Кызылординский областной онкологический центр" управления здравоохранения Кызылординской области"**

(указать наименование субъекта здравоохранения)

по адресу:

1. Кызылординская область, город Кызылорда, Кызылординская область, город Кызылорда, улица Берке Хан, здание №49А;

2. Кызылординская область, город Кызылорда, проспект Н.Назарбаева, здание 72.

(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	020340001597	**КГП на ПХВ "Кызылординский областной онкологический**	**Подтверждает**

		центр" управления здравоохранения Кызылординской области"	

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Кеулимжаева А	**Отдел закупа и оплаты медицинской помощи**	**Главный Эксперт**		23.10.2025
Бекпанов Б.	**Отдел оценка качества медицинской помощи и мониторинга договорных обьязательств**	**Главный эксперт**		23.10.2025