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)

«28» октября 2025 года

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

Отдел закупа и оплаты медицинской помощи гл.эксперт **-Турекеев Р.**
Отдел оценка качества медицинской помощи и мониторинга договорных обьязательств-
главный эксперт Ермаханова А.Т.
(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)**
Скорая медицинская помощь и медицинская помощь, связанная с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом	Скорая медицинская помощь и медицинская помощь, связанная с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом по подушевому нормативу	Оказание медицинской помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи	Обслуживание вызовов 4 (четвертой) категории срочности
	Доплаты водителям станций скорой медицинской помощи за особые условия труда в размере 200% от базового должностного оклада		

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

посетил производственную (-ые) базу(-ы) **КГП на ПХВ «Кызылординская областная станция скорой медицинской помощи» Управления здравоохранения Кызылординской области**
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу:
1. Кызылординская область, г.Кызылорда, , пос.Тасбугет, ул. М.Шокая, б/н;
2. г.Кызылорда, г.Кызылорда, ул.Абуова, 49;
3. Сырдарьинский район, а.о. Шаганский, село Шаган, улица А. Атакаев, дом 1;
4. Кызылординская область, Кармакшинский район, поселок Жосалы, улица К. Жолдыбаев, зд. 8;
5. Кызылординская область, Кармакшинский район, поселок Торетам, улица Г. Муратбаев, зд. 39Б;
6. Кызылординская область, Казалинский район, поселок Айтеке би, улица Т. Борикулаков, зд. 9;
7. Кызылординская область, Шиелийский район, поселок Шиели, улица Т. Жургенов, дом 7/1;
8. Кызылординская область, Аральский район, поселок Саксаульск, улица Привокзальная, дом 37;
9. Кызылординская область, город Кызылорда, улица Ж. Баласагун, дом 5А;
10. Кызылординская область, Жалагашский район, поселок Жалагаш, улица Н. Мырзалиев, строение 73;
11. Кызылординская область, Аральский район, город Аральск, улица Куттыбай Келимбетова, здание №1;
12. Кызылординская область, Жанакорганский район, поселок Жанакорган, улица Бейимбета Майлина, дом №32А;
13. Кызылординская область, Сырдарьинский район, поселок Теренозек, улица Иса Токтыбаев, здание №11Б;
14. Кызылординская область, город Кызылорда, проспект Астана, строение №1Б.

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	000240002131	**КГП на ПХВ «Кызылординская областная станция скорой медицинской помощи» Управления здравоохранения Кызылординской области**	Подтверждает

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Турекеев Р.	**Отдел закупа и оплаты медицинской помощи**	**Главный эксперт**		28.10.2025
Ермаханова А.Т.	**Отдел оценка качества медицинской помощи и мониторинга договорных обьязательств**	**Главный эксперт**		28.10.2025