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 «04» марта 2026 года
(местонахождение)

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

Отдел закупа и оплаты медицинской помощи гл.эксперт-Кеулимжаева А.
(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 реабилитация	Медицинская реабилитация в КС 3 этап	Консультативно-диагностическая помощь (специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях)	Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в рамках ГОБМП
Специализированная медицинская помощь в стационарозамещающих условиях	Стационарозамещающая хирургическая медицинская помощь в рамках ГОБМП		Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в системе ОСМС
Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях	Стационарозамещающая хирургическая медицинская помощь в системе ОСМС		
	Стационарозамещающая медицинская помощь в рамках ГОБМП		
	Стационарозамещающая медицинская помощь в системе ОСМС		
	Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях взрослому населению в рамках ГОБМП		
	Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях взрослому населению в системе ОСМС		
	Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях детскому населению в		

	системе ОСМС		

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

посетил производственную (-ые) базу(-ы) **ТОО «Medium»**

(указать наименование субъекта здравоохранения)

по адресу:

Кызылординская область, г.Кызылорда, улица Бейбарыс Султан, дом №192А

(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	011240002156	**ТОО «Medium»**	Исключено вид медицинской помощи ВТМП из заявки медицинской организации в базе данных. (Служебная записка № 19-01-06/2245 от 25.02.2026 не имеются сведения о наличии действующих заключений ДКМФК о соответствии требованиям к предоставлению ВТМП).

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**		04.03.2026