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. «11» августа 2026 года
(местонахождение)

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

Отдел закупа и оплаты медицинской помощи главный эксперт -Турганбаева Э.
Отдел оценка качества медицинской помощи и мониторинга договорных обьязательств гл.эксперт-Тугелбай Д.

(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 больным в области психического здоровья лицам с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями)	Медицинская помощь больным в области психического здоровья лицам с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями) по комплексному тарифу	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
			Лабораторные исследования (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в рамках ГОБМП
			Лабораторные исследования (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в системе ОСМС

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

посетил производственную (-ые) базу(-ы) **КГП на ПХВ "КЫЗЫЛОРДИНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**
(указать наименование субъекта здравоохранения)
по адресу:
1. Кызылординская область, г.Кызылорда, Кызылординская область. г. Кызылорда Мусирепова 71;
2. Кызылординская область, город Кызылорда, улица З.Шукурова, строение 52;

3. Кызылординская область, Аральский район, город Аральск, улица Женис аланы, дом 9;
4. Кызылординская область, Шиелийский район, поселок Шиели, микрорайон Кокшокы, улица Шахмардан Есенов, здание 7А;
5. Кызылординская область, город Кызылорда, сельский округ Акжарминский, село Баймурат Батыр, улица Тасымов Насреддин, дом №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	190640004794	**КГП на ПХВ "КЫЗЫЛОРДИНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ" УЗ КО.**	Подтверждает (изменение производственные базы по адресу: (*Кызылординская область, Шиелийский район, поселок Шиели, микрорайон Кокшокы, улица Шахмардан Есенов, здание 7А*).

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Турганбаева Э	Отдел закупа и оплаты медицинской помощи	Главный эксперт		11.08.2026
Түгелбай Д	Отдел оценка качества медицинской помощи и мониторинга договорных обьязательств	Главный эксперт		11.08.2026