«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Денсаулық сақтау субъектілерін таңдау және қызметтер көлемін орналастыру жөніндегі республикалық және өңірлік комиссиялардың (бұдан әрі – Комиссиялар) құрамын қалыптастыратыны туралы хабарлайды.

1.Комиссия мүшелерінің саны тақ.

2.Комиссияның міндеттері мен функциялары: Денсаулық сақтау субъектілерін таңдау және олардың арасында көрсетілетін қызметтер көлемін орналастыру.

3. Комиссиялардың қызметіне қатысу мүдделер қақтығысының туындауына әкеп соқтырмауға тиіс. «Мүдделер қақтығысы» ұғымы «Сыбайлас жемқорлыққа қарсы іс-қимыл туралы» Қазақстан Республикасының Заңында белгіленген.

4. Кандидатты енгізу туралы ұсыныстар электрондық пошта арқылы қабылданады (Орталық аппарат пен филиалдардың мекенжайлары мен байланыстары Қордың сайтында орналастырылған <https://fms.kz> байланыс ақпараты, әрі қарай ОА контактілері, филиалдардың контактілері қойындысында) 10.11.2021 жылға дейін электрондық құжат айналымы жүйесі және жалпыға қолжетімді пошта байланысы арқылы:

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінен республикалық комиссияның құрамына өкілді енгізу туралы хат (қолдаухат) нысанында;

Денсаулық сақтау басқармаларынан, Қоғамдық денсаулық сақтау басқармаларынан, Қоғамдық денсаулық сақтау басқармаларынан өкілді өңірлік комиссиялардың құрамына енгізу туралы хат (қолдаухат) нысанында;

«Атамекен» Қазақстан Республикасының Ұлттық Кәсіпкерлер палатасынан республикалық және өңірлік комиссиялардың құрамына өкілді енгізу туралы хат (қолдаухат) нысанында;

республикалық және өңірлік комиссиялардың құрамына өкілді енгізу туралы хат (қолдаухат) нысанында пациенттердің, денсаулық сақтау субъектілерінің немесе медицина қызметкерлерінің мүдделерін білдіретін үкіметтік емес ұйымдардан;

цифрлық денсаулық сақтау субъектісінен өкілді республикалық және өңірлік комиссиялардың құрамына енгізу туралы хат (қолдаухат) нысанында;

медициналық қызметтер (көмек) көрсету саласындағы мемлекеттік органның аумақтық бөлімшесінен өкілді өңірлік комиссиялардың құрамына енгізу туралы хат (қолдаухат) нысанында ұсынады.

Комиссия құрамына енгізу туралы хаттарда (қолдаухаттар, арыздар) әрбір кандидат туралы оның тегі, аты, әкесінің аты (соңғысы - болған жағдайда); лауазымы, туған күні (күні, айы, жылы); еңбек қызметін жүзеге асыру орны туралы ақпарат, электрондық поштаның мекенжайы, хабардар етуді жүзеге асыру үшін телефон нөмірі, сондай-ақ құрамына кандидат енгізу ұсынылатын комиссияның атауы көрсетілген өңір көрсетілуі тиіс.

Комиссия құрамына енгізу туралы хатқа (өтінішхатқа, арызға): әрбір кандидаттың өзінің дербес деректерін өңдеуге келісімі, міндеттемесі, кандидаттың жақын туыстары/жекжаттары, жұбайы/зайыбы туралы мәліметтер (қоса беріледі) қоса берілуге тиіс, оларды кандидат өз қолымен толтырады және қол қояды.

Приложение №1

к Положению о комиссии по выбору и размещению объемов медицинских услуг среди субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования

**Сведения**

**о близких родственниках/свойственниках, супруга/супруги кандидата для включения в состав Комиссии**

(Наименование комиссии)

(Ф.И.О. кандидата комиссии, ИИН)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О.  (супргуи/супруга; близкого родственника, свойственника) | Отношение к кандидату комиссии | № удостоверения личности | ИИН | Информация об аффилированных лицах (имеющие прямо и/или косвенно определять решения и/или оказывать влияние на принимаемые друг другом (одним из лиц) решения, в том числе в силу заключенного договора о закупе услуг по оказанию медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Настоящим я подтверждаю достоверность предоставленной мною вышеуказанной информации и понимаю, что предоставление недостоверной информации может послужить основанием для отказа для внесении моей кандидатуры в состав комиссии по выбору и размещению обьемов медицинских услуг среди субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования НАО «Фонд социального медицинского страхования».

Согласен/согласна на проведение в отношении меня проверочных мероприятий на достоверность представленной информации, а также сбором, обработкой и хранением моих персональных данных при включении меня в состав комиссии по выбору и размещению объемов медицинских услуг среди субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема и в системе обязательного социального медицинского страхования НАО «Фонд социального медицинского страхования».

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « » \_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 года

(Ф.И.О. кандидата) (подпись)

Согласно Закона РК «О противодействии коррупции» Республики Казахстан, под близкими родственниками понимаются родители (родитель), дети, усыновители (удочерители), усыновленные (удочеренные), полнородные и неполнородные братья и сестры, дедушка, бабушка, внуки, под свойственниками - братья, сестры, родители и дети супруга (супруги).

Приложение №2

к Положению о комиссии по выбору и размещению объемов медицинских услуг среди субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования

**ОБЯЗАТЕЛЬСТВО**

**члена комиссии по выбору и размещению объемов медицинских услуг среди субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия имя отчество полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ являясь членом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(республиканской/региональной

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ комиссии по выбору и размещению

(указать регион))

объемов медицинских услуг среди субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования (далее - Комиссия) обязуюсь при выборе и размещении объемов медицинских услуг среди субъектов здравоохранения быть добросовестным, объективным.

Настоящим обязательством подтверждаю, что я не являюсь близким родственником, супругом (ой) или свойственником участника (учредителя) или акционера субъекта здравоохранения, претендующего на оказание или оказывающего медицинские услуги по итогам работы Комиссии и отсутствуют личная, прямая или косвенная заинтересованность в исходе рассмотрения заявок субъектов здравоохранения.

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О) (подпись)