НАО «Фонд социального медицинского страхования» объявляет о формировании составов республиканской и региональных комиссий по выбору субъектов здравоохранения и размещению объемов услуг (далее – Комиссии).

1.Число членов Комиссий нечетное.

2.Задачи и функции Комиссии: выбор субъектов здравоохранения и размещение среди них объемов услуг.

3. Участие в деятельности Комиссий не должно приводить к возникновению конфликта интересов. Понятие «конфликт интересов» установлено Законом Республики Казахстан «О противодействии коррупции».

4. Предложения о включении кандидата принимаются по электронной почте *(адреса и контакты центрального аппарата и филиалов размещены на сайте Фонда https://fms.kz,* *вкладка контактная информация, далее контакты ЦА, контакты филиалов)*, а также посредством системы электронного документооборота и общедоступной почтовой связи в срок до **10.11.2021года**:

от Министерства здравоохранения Республики Казахстан в форме письма (ходатайства) о включении представителя в состав республиканской комиссии;

от управлений здравоохранения, управлений общественного здоровья, управлений общественного здравоохранения в форме письма (ходатайства) о включении представителя в состав региональных комиссий;

от Национальной палаты предпринимателей Республики Казахстан «Атамекен» в форме письма (ходатайства) о включении представителя в состав республиканской и региональных комиссий;

от неправительственных организаций, представляющих интересы пациентов, субъектов здравоохранения или медицинских работников в форме письма (ходатайства) о включении представителя в состав республиканской и региональных комиссий;

от субъекта цифрового здравоохранения в форме письма (ходатайства) о включении представителя в состав республиканской и региональных комиссий;

от территориального подразделения государственного органа в сфере оказания медицинских услуг (помощи) в форме письма (ходатайства) о включении представителя в состав региональных комиссий.

Письма (ходатайства, заявления) о включении в состав Комиссии должны содержать информацию о каждом кандидате с указанием его фамилии, имени, отчества (последнее - при наличии); должности, даты рождения (числа, месяца, года); места осуществления трудовой деятельности адреса электронной почты, номера телефона для осуществления информирования, а также указание региона, название комиссии в состав которой предлагается ввести кандидата.

К письму (ходатайству, заявлению) о включении в состав Комиссии должны быть приложены: [согласие каждого кандидата на обработку его персональных данных](https://barnaul.org/%D0%A1%D0%BE%D0%B3%D0%BB%D0%B0%D1%81%D0%B8%D0%B5%20%D0%BD%D0%B0%20%D0%BE%D0%B1%D1%80%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D1%82%D0%BA%D1%83%20%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D1%8F%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D1%85%20%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D1%85%202020.docx), обязательство, сведения о близких родственниках/свойственниках, супруга/супруги кандидата (прилагаются), которые заполняются и подписываются кандидатом собственноручно.

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)