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.Шымкент **«13» ноября 2025 года**
(местонахождение)

1. Филиал по городу Шымкент НАО "Фонд социального медицинского страхования" (далее – Фонд) в составе:
Г.Туреханова – главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств.
А.Кайпназарова -главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств.
К.Шаухарова-главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств.
(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)
Паллиативная медицинская помощь
Услуги в травматологических пунктах в рамках ГОБМП
Перитонеальный диализ
Экстренная и плановая стоматологическая помощь отдельным категориям граждан РК в системе ОСМС
Стационарозамещающая хирургическая медицинская помощь в рамках ГОБМП
Стационарозамещающая хирургическая медицинская помощь в системе ОСМС
Стационарозамещающая медицинская помощь в рамках ГОБМП
Стационарозамещающая медицинская помощь в системе ОСМС
Приемные отделения в рамках ГОБМП
Приемные отделения в системе ОСМС
Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях детскому населению в рамках ГОБМП
Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях детскому населению в системе ОСМС
Медицинская помощь онкогематологическим больным в рамках ГОБМП
Медицинская помощь онкогематологическим больным в системе ОСМС
Медицинская реабилитация в КС 2 этап детскому населению
Медицинская реабилитация в КС 3 этап детскому населению " *(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на актуализацию)*посетил производственную (-ые) базу(-ы) Государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения "Городская детская клиническая больница" *(указать наименование субъекта здравоохранения)* по адресу: г.Шымкент, Абайский район, микрорайон Асар, здание №757, Шымкент, Абайский район, микрорайон Акжайык, 844/3 *(указывается адрес производственной (-ых) баз(-ы))*

Фонд по результатам посещения РЕШИЛ:

№	БИН/ИИН	Наименование	За данное решение проголосовали	Решение

п/п		субъекта здравоохранения	За, голосов	Против, голосов	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	5	6
1	БСН: 070340009948	ГКП на ПХВ "Городская детская клиническая больница"	Г.Туреханова А.Кайпназарова К.Шаухарова		соответствует,

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	**Место работы**	**Должность**	**Подпись**	**Дата подписи**
1	2	3	4	5
Г.Туреханова	Филиал по городу Шымкент НАО ФСМС	Главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств		13. 11.25
А.Кайпназарова	Филиал по городу Шымкент НАО ФСМС	Главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств		13.11.25г
К.Шаухарова	Филиал по городу Шымкент НАО ФСМС	Главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств		13.11.25.