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

Жамбылская обл., Жамбылский район, с.Аса, Абая, 94
(местонахождение)

«23» октября 2025 года

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:
главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств Рыскулов К.Ж., главный эксперт отдела закупок и оплаты медицинских услуг Мукаев К.М.
(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): Медицинская реабилитация в КС 2 этап, Медицинская реабилитация в АПП детскому населению, Медицинская реабилитация в АПП, Паллиативная медицинская помощь, Специализированная медицинская помощь в стационарных и стационарозамещающих условиях сельскому населению по КЗГ, Специализированная медицинская помощь в стационарных и стационарозамещающих условиях сельскому населению по КПН, в том числе услуги приемных отделений, Медицинское обслуживание школьников в организациях образования в системе ОСМС, Профилактические медицинские осмотры детского населения в системе ОСМС, Профилактические медицинские осмотры целевых групп взрослого населения в системе ОСМС, Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в рамках ГОБМП, Экстренная и плановая стоматологическая помощь отдельным категориям граждан РК в системе ОСМС, Консультативно-диагностическая помощь при прегравидарной подготовке в системе ОСМС, Услуги антенатального наблюдения в системе ОСМС, Услуги передвижных медицинских комплексов на базе специального автотранспорта в системе ГОБМП, Стимулирующий компонент подушевого норматива, Первичная медико-санитарная помощь по комплексному подушевому нормативу. *(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*

посетил производственную базу ГКП на ПХВ "Центральная районная больница Жамбылского района УЗ акимата Жамбылской области _____ *(указать наименование субъекта здравоохранения)*

по адресу: КАЗАХСТАН, 314030100, 080200, Жамбылская область, Жамбылский район, с.Аса, Абая, 94, б/н БИН 990240002166 _____ *(указывается адрес производственной (-ых) баз(-ы))*

Фонд по результатам посещения РЕШИЛ:

№ п/п	БИН/ИИН	Наименование субъекта здравоохранения	Решение
			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	990240002166	ГКП на ПХВ "Центральная районная больница Жамбылского района»	**Подтверждает**

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Рыскулов К.Ж.	Филиал ФСМС по Жамбылской области	Главный эксперт		23.10.2025
Мукаев К.М.	Филиал ФСМС по Жамбылской области	Главный эксперт		23.10.2025