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. Павлодар «02» 06 2026 года
(местонахождение)

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:
Уразбаева А.Ш. - главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств;
Абыкенова З.К. – главный эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи;
Асамбаева Б.К. - главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств
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)
Патологоанатомическая диагностика/ Медицинская помощь больным инфекционными заболеваниями/ Оказание медицинской помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи/ Медицинская реабилитация/ Паллиативная медицинская помощь/ Консультативно-диагностическая помощь (специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях)/ Специализированная медицинская помощь в стационарозамещающих условиях/ Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях.
Посетил производственные базы КГП на ПХВ «Городская больница города Аксу» по адресам:
Республика Казахстан, Павлодарская область, город Аксу, улица Камзина, дом 53

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	990240004457	КГП на ПХВ «Городская больница города Аксу»	Наличие производственных баз-подтверждается; Наличие медицинских работников и медицинской техники в соответствии с данными, указанными в заявке на актуализацию– подтверждается.

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Уразбаева А.Ш.	Филиал по Павлодарской области некоммерческого акционерного общества «Фонд социального	главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств;		

	медицинского страхования»			
Абыкенова З.К.	Филиал по Павлодарской области некоммерческого акционерного общества «Фонд социального медицинского страхования»	главный эксперт отдела закупа и оплаты медицинской помощи		
Асамбаева Б.К.	Филиал по Павлодарской области некоммерческого акционерного общества «Фонд социального медицинского страхования»	главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств;		