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 **«30» октября 2025 года**
(местонахождение)

1. Филиал по городу Шымкент НАО "Фонд социального медицинского страхования" (далее – Фонд) в составе:
Р. Мусралиева - руководитель отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств,
А.Кайпназарова- главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств,
К.Шаухарова –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) "Стимулирующий компонент
Первичная медико-санитарная помощь по комплексному подушевому нормативу
Обслуживание вызовов 4 (четвертой) категории срочности
Медицинское обслуживание школьников в организациях образования в системе ОСМС
Услуги антенатального наблюдения в системе ОСМС
Стационарозамещающая медицинская помощь в рамках ГОБМП
Стационарозамещающая медицинская помощь в системе ОСМС
Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в рамках ГОБМП
Консультативно-диагностические услуги (комплекс КДУ на 1 прикрепленного жителя) в системе ОСМС
Профилактические медицинские осмотры целевых групп взрослого населения в системе ОСМС
Профилактические медицинские осмотры детского населения в системе ОСМС
Консультативно-диагностическая помощь при прегравидарной подготовке в системе ОСМС
Скрининговые исследования на раннее выявление онкологических заболеваний в рамках ГОБМП" *(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на актуализацию)* посетил производственную (-ые) базу(-ы) ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "KLINIKA AQBURA" *(указать наименование субъекта здравоохранения)* по адресу г г.Шымкент, Абайский район, Республика Казахстан, город Шымкент, Абайский район, микрорайон Достык, улица Музтау, здание №123А *(указывается адрес производственной (-ых) баз(-ы))*

Фонд по результатам посещения РЕШИЛ:

№ п/п	БИН/ИИН	Наименование субъекта	За данное решение проголосовали	Решение

		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: 220740022378	ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "KLINIKA AQBURA"	3	0	Соответствует

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Р. Мусралиева	Филиал по городу Шымкент НАО ФСМС	Руководитель отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств		30.10.2025
А.Кайпназарова	Филиал по городу Шымкент НАО ФСМС	Главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств		30.10.2025
К.Шаухарова	Филиал по городу Шымкент НАО ФСМС	Эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств		30.10.2025