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. Астана
(местонахождение)

«31» октября 2025 года

1. **НАО «Фонд социального медицинского страхования»** (далее – Фонд) в составе:

Мукашбаева М.М. - гл. эксперт, Габдрешова И.Т. - эксперт

(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. Экстренная и плановая стоматологическая помощь отдельным категориям граждан РК в системе ОСМС. Услуги антенатального наблюдения 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.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 **ГКП на ПХВ "ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 2" АКИМАТА ГОРОДА АСТАНА**

(указать наименование субъекта здравоохранения)

по адресам:

1. **город Астана, район Сарыарка, проспект Республики, здание 50**
2. **город Астана, район Сарыарка, улица Желтоксан, здание 34**
3. **город Астана, район Сарыарка, улица А. Молдагуловой, здание 33, н.п. 1**

4. **город Астана, район Сарыарка, улица Московская, д.41**
5. **город Астана, район Сарыарка, проспект Богенбай батыра, д.47/1**
6. **город Астана, район Сарыарка, улица А.Молдагуловой, д.35**
7. **город Астана, район Алматы, улица Ш.Айманова, 3**
8. **город Астана, район Сарыарка, проспект Богенбай батыра, д.57**
9. **город Астана, район Сарыарка, улица Ықылас Дукенулы, дом 17**
10. **город Астана, район Сарыарка, улица Дукенулы, дом 18**

(указывается адрес производственной (-ых) баз(-ы))

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	990240003184	ГКП на ПХВ "ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 2" АКИМАТА ГОРОДА АСТАНА город Астана, район Сарыарка, проспект Республики, здание 50	соответствует
2	990240003184	город Астана, район Сарыарка, улица Желтоксан, здание 34	соответствует
3	990240003184	город Астана, район Сарыарка, улица А. Молдагуловой, здание 33, н.п. 1	соответствует
4	990240003184	город Астана, район Сарыарка, улица Московская, д.41	соответствует
5	990240003184	город Астана, район Сарыарка, проспект Богенбай батыра, д.47/1	соответствует
6	990240003184	город Астана, район Сарыарка, улица А.Молдагуловой, д.35	соответствует
7	990240003184	город Астана, район Алматы, улица Ш.Айманова, 3	соответствует
8	990240003184	город Астана, район Сарыарка, проспект	соответствует

		Богенбай батыра, д.57	
9	990240003184	город Астана, район Сарыарка, улица Ыкылас Дүкенұлы, дом 17	соответствует
10	990240003184	город Астана, район Сарыарка, улица Дукенулы, дом 18	соответствует

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Мухамбетова М.Е	НАО «ФМЕС» Филиал г. Астана	гл. эксперт		31.10.2025
Габдуллина И.Я.	НАО «ФМЕС» Филиал г. Астана	эксперт		31.10.2025