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)

«23» Октября 2025 года

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

Перибек Д.А - гл. эксперт; Габдрешита 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) **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. Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях в республиканских медицинских организациях в рамках ГОБМП. Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях в республиканских медицинских организациях в системе ОСМС. Высокотехнологичная медицинская помощь в рамках ГОБМП. Высокотехнологичная медицинская помощь в системе ОСМС. Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях по родовспоможению в системе ОСМС**

*(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)*

Фтерак

посетил производственную (-ые) базу(-ы **РГП на ПХВ "Национальный координационный центр экстренной медицины" МЗ РК**

*(указать наименование субъекта здравоохранения)*

по адресам:

1. **город Астана, улица Хусейн бен Талал, 14**

*(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 | 130240021888 | РГП на ПХВ "Национальный координационный центр экстренной медицины" МЗ РК | не соответствует, отсутствует лицензия по СЗТ терапия. |

| Фамилия, имя, отчество (при его наличии) | Место работы | Должность | Подпись | Дата подписи |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Тергеубек Д.А. | филиал г. Астана НПО Фемс | гл. эксперт | | 23.10.2025 |
| Габдуллина А.Т | филиал г. Астана НПО Фемс | эксперт | | 23.10.2025 |