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 **«28 » 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, главные эксперты отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств А.Сердалиева, Г.Сауранбаева *(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) **«Амбулаторный гемодиализ», «Паллиативная медицинская помощь», «Услуги в травматологических пунктах в рамках ГОБМП», «Медицинская реабилитация в КС 2 этап», «Медицинская реабилитация в КС 3 этап», «Стационарозамещающая хирургическая медицинская помощь в рамках ГОБМП», «Стационарозамещающая хирургическая медицинская помощь в системе ОСМС», «Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях взрослому населению в рамках ГОБМП», «Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях взрослому населению 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», «Высокотехнологичная медицинская помощь в рамках ГОБМП», «Высокотехнологичная медицинская помощь в системе ОСМС»** *(указываются виды/формы или условия оказания) услуг (лот) согласно заявке на **актуализацию**)* посетили производственную (-ые) базу(-ы) **Товарищество с ограниченной ответственностью «Клиника Хадиша»** *(указать наименование субъекта здравоохранения)* по адресу: г.Шымкент, Абайский район, Республика Казахстан, город Шымкент, Абайский район, микрорайон Асар, улица Аққөпір, здание 1/1 *(указывается адрес производственной (-ых) баз(-ы))*

Фонд по результатам посещения РЕШИЛ:

№ п/п	БИН/ИИН	Наименование субъекта здравоохранения	За данное решение проголосовали		Решение
			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	БИН: 180940005942	ТОО «Клиника Хадиша»	Р. Мусралиева А.Сердалиева Г.Сауранбаева		Соответствует (подтверждает)

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		28.10.25г
А.Сердалиева	Филиал по городу Шымкент НАО ФСМС	Главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств		28.10.2025
Г.Сауранбаева	Филиал по городу Шымкент НАО ФСМС	Главный эксперт отдела оценки качества медицинской помощи и мониторинга договорных обязательств		28.10.25г