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)

«24» октября 2025 года

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

Перибек Д.А - эксперт, Габдуллина К.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. 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**)*

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	соответствует

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Место работы	Должность	Подпись	Дата подписи
1	2	3	4	5
Дюсебаев Д.А.	Филиал г. Астана НАО ФМЦС	гл эксперт		24.10.2025.
Габдрахманова И.Т.	Филиал г. Астана НАО ФМЦС	эксперт		24.10.2025.