



**Федеральный фонд
обязательного
медицинского страхования**

Новослободская ул. 37, Москва, ГСП-4, 127994,
тел.: (499) 973-4455, факс: (495) 987-0380 (доб. *7516)

23.09.2016 № 8998/30-2/и

На № _____ от _____

Директорам
Территориальных фондов
обязательного медицинского
страхования

Приложения к уведомлению

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в связи с внесением изменений в пункт 92 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н, направляет новый унифицированный образец уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования (Приложение № 7) к письму от 30.12.2011 № 9161/30-1/и «Методические указания по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования».

Приложение на ___ л. в 1 экз.

Заместитель председателя

И.В. Соколова

Директору

(фамилия, имя, отчество)

(наименование территориального фонда ОМС)

от

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)
руководителя медицинской организации,

наименование медицинской организации)

УВЕДОМЛЕНИЕ

об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования

Прошу включить

(наименование медицинской организации)

в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

(наименование субъекта Российской Федерации)

Сведения о медицинской организации для включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

| | | |
|---|-----|--|
| Полное наименование медицинской организации | 1 | |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой | 1.1 | |
| Краткое наименование медицинской организации | 2 | |
| Адрес (место) нахождения медицинской организации | 3 | |
| Адрес (место) нахождения индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой | 3.1 | |
| Код причины постановки на учет (КПП) | 4 | |
| Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) | 5 | |
| Организационно-правовая форма медицинской организации | 6 | |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты | 7 | |
| Номер телефона, факс и адрес электронной почты индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой | 7.1 | |

| | | |
|---|----|------------------------------------|
| Наименование, номер, дата выдачи и дата окончания действия разрешения на медицинскую деятельность | 8 | |
| Виды медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования | 9 | |
| Мощность коечного фонда медицинской организации в разрезе профилей | 10 | Приложение к строке 10 Уведомления |
| Мощность медицинской организации (структурных подразделений), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в разрезе профилей и врачей-специалистов | 11 | Приложение к строке 11 Уведомления |
| Фактически выполненные за предыдущий год (по ежегодным статистическим данным и данным бухгалтерского учета медицинской организации) объемы медицинской помощи по видам и условиям в разрезе профилей, специальностей, клинико-статистических групп/клинико-профильных групп по детскому и взрослому населению, а также объемы их финансирования (за исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования) | 12 | Приложение к строке 12 Уведомления |
| Численность прикрепившихся застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи (в разрезе половозрастных групп) | 13 | Приложение к строке 13 Уведомления |
| Предложения о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи на плановый год по видам и условиям в разрезе профилей, врачей-специалистов, количеству вызовов скорой медицинской помощи, КСГ/КПГ по детскому и взрослому населению | 14 | Приложение к строке 14 Уведомления |

Копия разрешения на медицинскую деятельность прилагается.

С условиями осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования ознакомлен.

Руководитель медицинской
организации

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

М.П.

_____ (число, месяц, год)

Приложение к строке 10
Уведомления об осуществлении деятельности
в сфере обязательного медицинского страхования

Мощность и профиль коек дневного стационара

Сопроводительное письмо к уведомлению № _____ от _____

№ _____

(номер по реестру)*

(наименование медицинской организации)

| Профиль коек | № строки | Число коек, фактически развернутых |
|--------------|----------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 |
| Всего | 10 | |
| в том числе: | 10.1 | |
| | 10.2 | |
| | 10.3 | |
| | 10.4 | |

* за исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

Руководитель медицинской организации

(подпись)

(Ф.И.О.)

«__» _____ 20__ г.

тел. (____) _____

Мощность коечного фонда медицинской организации в разрезе профилей
(круглосуточный стационар)

Сопроводительное письмо к уведомлению № _____ от _____

№ _____

(номер по реестру)*

(наименование медицинской организации)

| Профиль коек | № строки | Число коек, фактически развернутых |
|--------------|----------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 |
| Всего | 10 | |
| в том числе: | 10.1 | |
| | 10.2 | |
| | 10.3 | |
| | 10.4 | |

* за исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

Руководитель медицинской организации

(подпись)

(Ф.И.О.)

«__» _____ 20__ г.

тел. (____) _____

Приложение к строке 11
Уведомления об осуществлении деятельности
в сфере обязательного медицинского страхования

Мощность медицинской организации (структурных подразделений), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в разрезе профилей и врачей-специалистов

Сопроводительное письмо к уведомлению № _____ от _____

№ _____

(номер по реестру)*

(наименование медицинской организации)

| Наименование | № стр. | Количество посещений врачей, включая профилактические |
|---|--------|---|
| 1 | 2 | 3 |
| Наименование структурного подразделения | 11.1 | |
| Наименование профиля | 11.2 | |
| | 11.2.1 | |
| | 11.2.2 | |
| Наименование специальности врача | 11.3 | |
| | 11.3.1 | |
| | 11.3.2 | |
| | 11.3.3 | |

* за исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

Руководитель медицинской организации

(подпись)

(Ф.И.О.)

«__» _____ 20__ г.

тел. (____) _____

Приложение к строке 12
Уведомления об осуществлении деятельности
в сфере обязательного медицинского страхования

Фактически выполненные объемы медицинской помощи за предыдущий год
(первичная медико-санитарная помощь)

Сопроводительное письмо к уведомлению № _____ от _____

№ _____

(номер по реестру)*

(наименование медицинской организации)

| Наименование | № стр. | Количество посещений с профилактическими и иными целями | Количество обращений по поводу заболевания | Количество посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме | Финансирование, тыс. руб. |
|---|--------|---|--|---|---------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Наименование структурного подразделения | 12.1 | | | | |
| Наименование профиля | 12.2 | | | | |
| | 12.2.1 | | | | |
| | 12.2.2 | | | | |
| Наименование специальности врача | 12.3 | | | | |
| | 12.3.1 | | | | |
| | 12.3.2 | | | | |
| | 12.3.3 | | | | |

* за исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

Руководитель медицинской организации

(подпись)

(Ф.И.О.)

«__» _____ 20__ г.

тел. (____) _____

Приложение к строке 12
Уведомления об осуществлении деятельности
в сфере обязательного медицинского страхования

Фактически выполненные объемы медицинской помощи за предыдущий год
(дневной стационар)

Сопроводительное письмо к уведомлению № _____ от _____

№ _____

(номер по реестру)*

(наименование медицинской организации)

| Профиль коек | № строки | Количество случаев лечения | Финансирование, тыс. руб. |
|--------------|----------|----------------------------|---------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Всего | 12 | | |
| в том числе: | 12.1 | | |
| | 12.2 | | |
| | 12.3 | | |
| | 12.4 | | |

* за исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

Руководитель медицинской организации

(подпись)

(Ф.И.О.)

«__» _____ 20__ г.

тел. (____) _____

Приложение к строке 12
Уведомления об осуществлении деятельности
в сфере обязательного медицинского страхования

Фактически выполненные объемы медицинской помощи за предыдущий год
(круглосуточный стационар)

Сопроводительное письмо к уведомлению № _____ от _____

№ _____

(номер по реестру)*

(наименование медицинской организации)

| Профиль коек | № строки | Количество случаев госпитализации | Финансирование, тыс. руб. |
|--------------|----------|-----------------------------------|---------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Всего | 12 | | |
| в том числе: | 12.1 | | |
| | 12.2 | | |
| | 12.3 | | |
| | 12.4 | | |

* за исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

Руководитель медицинской организации

(подпись)

(Ф.И.О.)

«__» _____ 20__ г.

тел. (____) _____

Приложение к строке 13
Уведомления об осуществлении деятельности
в сфере обязательного медицинского страхования

Численность прикрепившихся застрахованных лиц, выбравших медицинскую
организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи
(в разрезе половозрастных групп)

Сопроводительное письмо к уведомлению № _____ от _____

№ _____

(номер по реестру)*

(наименование медицинской организации)

| Мужчины/ Женщины | | Мужчины | | Женщины | |
|------------------|------|---------|----------------------|---------|----------------------|
| 0-4 | 5-17 | 18-59 | с 60 лет и старше | 18-54 | с 55 лет и старше |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | | | | |

* за исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

Руководитель медицинской организации

(подпись)

(Ф.И.О.)

«__» _____ 20__ г.

тел. (____) _____

Приложение к строке 14
Уведомления об осуществлении деятельности
в сфере обязательного медицинского страхования

Предложения о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи
на плановый год
(первичная медико-санитарная помощь)

Сопроводительное письмо к уведомлению № _____ от _____

№ _____

(номер по реестру)*

(наименование медицинской организации)

| Наименование | № стр. | Количество посещений с профилактическими и иными целями | Количество обращений по поводу заболевания | Количество посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме |
|---|--------|---|--|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Наименование структурного подразделения | 14.1 | | | |
| Наименование профиля | 14.2 | | | |
| | 14.2.1 | | | |
| | 14.2.2 | | | |
| Наименование специальности врача | 14.3 | | | |
| | 14.3.1 | | | |
| | 14.3.2 | | | |

* за исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

Руководитель медицинской организации

(подпись)

(Ф.И.О.)

«__» _____ 20__ г.

тел. (____) _____

Приложение к строке 14
Уведомления об осуществлении деятельности
в сфере обязательного медицинского страхования

Предложения о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи
на плановый год

(дневной стационар)

Сопроводительное письмо к уведомлению № _____ от _____

№ _____

(номер по реестру)*

(наименование медицинской организации)

| Профиль коек | № строки | Количество случаев лечения, планируемых к выполнению |
|--------------|----------|---|
| 1 | 2 | 3 |
| Всего | 14 | |
| в том числе: | 14.1 | |
| | 14.2 | |
| | 14.3 | |
| | 14.4 | |

* за исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

Руководитель медицинской организации

(подпись)

(Ф.И.О.)

«__» _____ 20__ г.

тел. (____) _____

Приложение к строке 14
Уведомления об осуществлении деятельности
в сфере обязательного медицинского страхования

Предложения о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи
на плановый год

(круглосуточный стационар)

Сопроводительное письмо к уведомлению № _____ от _____

№ _____

(номер по реестру)*

(наименование медицинской организации)

| Профиль коек | № строки | Количество случаев госпитализации, планируемых к выполнению |
|--------------|----------|--|
| 1 | 2 | 3 |
| Всего | 14 | |
| в том числе: | 14.1 | |
| | 14.2 | |
| | 14.3 | |
| | 14.4 | |

* за исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

Руководитель медицинской организации

(подпись)

(Ф.И.О.)

«__» _____ 20__ г.

тел. (____) _____