



**Территориальный фонд
обязательного медицинского
страхования Забайкальского края
(ТФОМС Забайкальского края)**

Бутина ул., д. 21, Чита, 672000

Тел. (3022) 21-26-00

Факс (3022) 32-09-20

E-mail: tf1@zabtfoms.ru

<http://www.zabtfoms.ru>

06.06 2017 г. № 1159

**Главным врачам
медицинских организаций,
осуществляющих деятельность в
сфере ОМС**

**О представлении уведомления
на осуществление деятельности
в системе ОМС на 2018 год**

Уважаемые коллеги!

В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края напоминает:

Медицинская организация, имеющая право на осуществление медицинской деятельности, для осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, направляет уведомление о включении в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее - уведомление), на бумажном носителе или в электронном виде до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

При представлении уведомления на бумажном носителе одновременно представляются копии документов:

- выписка из ЕГРЮЛ;
- лицензия на осуществление медицинской деятельности;
- приказ о назначении руководителя организации;
- устав учреждения;
- свидетельство ОГРН.

В случае направления уведомления в электронном виде медицинская организация в течение семи рабочих дней с даты направления уведомления представляет в территориальный фонд копии вышеуказанных документов, заверенные подписью руководителя медицинской организации и печатью медицинской организации, указанные в уведомлении.

Уведомление на электронных носителях или путем передачи по телекоммуникационным каналам связи с соблюдением требований по

технической защите конфиденциальной информации направляется через официальный сайт территориального фонда в сети "Интернет".

Уведомление содержит следующие сведения:

1) полное наименование медицинской организации;
1.1) фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность (в ред. Приказа Минздрава России от 06.08.2015 N 536н);

2) краткое наименование медицинской организации;

3) адрес (место) нахождения медицинской организации;

3.1) адрес (место) нахождения индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность (в ред. Приказа Минздрава России от 06.08.2015 N 536н);

4) КПП;

5) ИНН;

6) организационно-правовая форма медицинской организации;

7) фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты, ссылка на сайт медицинской организации;

7.1) номер телефона, факс и адрес электронной почты индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность (в ред. Приказа Минздрава России от 06.08.2015 N 536н);

8) наименование, номер, дата выдачи и дата окончания действия разрешения на медицинскую деятельность;

9) виды медицинской помощи, оказываемые в рамках территориальной программы;

Просим Вас обратить внимание на требования в подаче уведомления с пункта 10 по 14, регламентированных письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 30.12.2011 № 9161/30-1/и (ред. от 23.09.2016 №8998/30-2/и) «О направлении Методических указаний по предоставлению информации в сфере обязательного медицинского страхования»:

10) Мощность коечного фонда медицинской организации в разрезе профилей. Заполняется по форме (приложение 10 к строке 10 «Дневной стационар» и приложение 10.1 к строке 10 «Круглосуточный стационар») в программе «Барс».

11) Мощность медицинской организации (структурных подразделений), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в разрезе профилей и врачей-специалистов. Согласно приказу Росстата от 14.01.2013 №13 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации Федерального статистического наблюдения за деятельностью учреждений системы здравоохранения» мощность медицинской организации – число посещений в смену поликлиники (поликлинического подразделения). Заполняется по форме (приложение 11 к строке 11) в программе «Барс». Информация по данным таблиц должна содержать данные в разрезе структурных подразделений медицинской организации.

12) 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 (далее - КСГ/КПП) по детскому и взрослому населению, а также объемы их финансирования (за исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования). Заполняется по форме (приложение 12 к строке 12 «первичная медико-санитарная помощь», приложение 12.1 к строке 12 «дневной стационар», приложение 12.2 к строке 12 «круглосуточный стационар»). Отчитывающейся медицинской организации необходимо общий объем медицинской помощи, оказанной в условиях амбулатории за период январь-декабрь 2016 года, распределить между структурными подразделениями данной медицинской организации.

13) Численность прикрепившихся застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи (в разрезе половозрастных групп). Заполняется по форме (приложение 13 к строке 13) в программе «Барс».

14) 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/КПП по детскому и взрослому населению. Заполняется по форме (приложение 14 к строке 14 «первичная медико-санитарная помощь», приложение 14.1 к строке 14 «дневной стационар», приложение 14.2 к строке 14 «круглосуточный стационар») в программе «Барс». Отчитывающейся медицинской организации необходимо планируемый общий объем медицинской помощи на 2018 год в условиях амбулатории распределить между структурными подразделениями медицинской организации.

После заполнения приложений в программе «Барс» их необходимо распечатать, заверить каждое приложение подписью руководителя медицинской организации и приложить к основному пакету уведомления. Приложение (оно же сопроводительное письмо к уведомлению) должно иметь исходящий номер и дату заполнения.

Формы приложений к уведомлению для заполнения Вашей медицинской организацией будут загружены 01.07.2017 г. в программе «Барс» в разделе отчетный период «Годовая отчетность 2017», группа «Дополнительные сведения к уведомлению».

Приложения: приложение 10 (2 таблицы), приложение 11 (1 таблица), приложение 12 (3 таблицы), приложение 13 (1 таблица), приложение 14 (3 таблицы).

Директор



С. Н. Чабан