



**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. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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

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)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

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. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_