

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ
(ТФОМС Костромской области)**

Ленина ул., д.20, Кострома г., 156013

Тел/факс (4942) 31 59 09

E-mail: info@tfomsko.ru

www.tfomsko.ru

ОКПО 29741409 ОГРН 1024400519330

ИНН/КПП 4401017094/440101001

от «18» 04 2019 г. № 2625

О включении в реестр
медицинских организаций,
осуществляющих деятельность
в сфере обязательного медицинского страхования,
на 2020 год

Информационное письмо

В соответствии со ст. 15 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» к медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования (далее - медицинские организации) относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее также - реестр медицинских организаций):

- 1) организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;
- 2) индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

Медицинская организация включается в реестр медицинских организаций на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее – Уведомление).

Порядок направления Уведомления медицинскими организациями и его рассмотрения территориальным фондом регламентированы разделом VII «Порядок ведения реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования» Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных Приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н (далее – Правила ОМС).

Уведомление по прилагаемой форме подается в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Костромской области:

- 1) на электронных носителях (в электронном виде) путем:

- направления Уведомления через официальный сайт ТФОМС Костромской области <http://oms44.ru/>;

- на адрес электронной почты info@tfomsko.ru.

Электронный образ Уведомления создается с помощью средств сканирования. Сканирование документа на бумажном носителе должно производиться в масштабе 1:1 в черно-белом либо сером цвете, обеспечивающем сохранение всех реквизитов и возможность их однозначно определить: подпись лица, подписавшего Уведомление, угловой штамп бланка организации (при наличии), содержание Уведомления. Файл электронного образа Уведомления должен быть в формате PDF. Уведомление в электронном виде представляется с предусмотренными формой Уведомления приложениями.

При направлении Уведомления в электронном виде, медицинская организация в течение семи рабочих дней с даты направления Уведомления представляет в территориальный фонд на бумажном носителе копии документов, заверенные подписью руководителя медицинской организации и печатью медицинской организации, подтверждающих сведения, включенные в Уведомление (п. 106 Правил ОМС).

2) Уведомление на бумажном носителе представляется в ТФОМС Костромской области по адресу: г. Кострома, ул. Ленина, д. 20, офис 300, каб. 42. При представлении Уведомления на бумажном носителе одновременно представляются копии документов, подтверждающих сведения, включенные в Уведомление.

Представитель медицинской организации вправе присутствовать при проверке соответствия документов и сведений, указанных в Уведомлении. При установлении соответствия данных ТФОМС Костромской области вносит медицинскую организацию в реестр медицинских организаций и присваивает реестровый номер. Присвоенный медицинской организации реестровый номер ТФОМС Костромской области не позднее двух рабочих дней с даты присвоения направляет на указанный в Уведомлении медицинской организации адрес электронной почты.

В соответствии с пунктами 103 – 107 к Уведомлению прилагаются документы, подтверждающие сведения, включенные в Уведомление. Пакет документов формируется в следующем порядке:

Строка Уведомления	№	Подтверждающий документ/порядок заполнения
Полное наименование медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ	1	- Выписка из ЕГРЮЛ; - учредительный документ медицинской организации
Сокращенное наименование медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ (при наличии)	1.1	Выписка из ЕГРЮЛ
Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, в соответствии с выпиской из ЕГРИП	2	Выписка из ЕГРИП

Место нахождения и адрес медицинской организации	3	Выписка из ЕГРЮЛ
Место нахождения и адрес филиала (представительства) медицинской организации	4	Выписка из ЕГРЮЛ
Место нахождения и адрес индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность	5	Лист записи ЕГРИП по форме № Р60009
КПП для филиалов (представительств) в соответствии со свидетельством о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения	6	Свидетельство о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения
Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	7	Свидетельство о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения
Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН)	8	Свидетельство о государственной регистрации юридического лица
Организационно-правовая форма медицинской организации и код организационно-правовой формы (ОКОПФ) медицинской организации в соответствии с уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ	9	Уведомление Федеральной службы государственной статистики
Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты медицинской организации	10	- Выписка из ЕГРЮЛ; - Документ, подтверждающий полномочия руководителя медицинской организации (приказ о приеме на работу, решение общего собрания участников ООО и т.д.) / При отсутствии телефона, факса руководителя, адреса электронной почты – указать на отсутствие
Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона и факс руководителя, адрес электронной почты филиала (представительства) медицинской организации	11	Документ, подтверждающий полномочия руководителя филиала (представительства) / При отсутствии телефона, факса руководителя, адреса электронной почты – указать на отсутствие
Номер телефона, факс и адрес электронной почты индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность	12	- / При отсутствии телефона, факса, адреса электронной почты – указать на отсутствие

<p>Наименование, номер, дата выдачи и дата окончания действия лицензии на медицинскую деятельность</p>	<p>13</p>	<p>Лицензия на медицинскую деятельность со всеми приложениями. Представляются копии всех действующих на момент подачи Уведомления лицензий на осуществление медицинской деятельности</p>
<p>Виды медицинской помощи, оказываемые в рамках территориальной программы в разрезе условий оказания и профилей медицинской помощи</p>	<p>14</p>	<p>Лицензия на медицинскую деятельность со всеми приложениями / Указываются в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования и лицензией на осуществление медицинской деятельности. Перечень видов медицинской помощи в разрезе условий оказания и профилей должны соответствовать предложениям о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи на плановый год (строка 19, 23 Уведомления). Виды медицинской помощи, оказываемые медицинской организацией исключительно на платной основе или за счет средств соответствующих бюджетов, в Уведомление не включаются См. приложение к строке 14 Уведомления</p>
<p>Мощность коечного фонда медицинской организации в разрезе профилей</p>	<p>15</p>	<p>Приказ или иной документ, определяющий коечный фонд медицинской организации и его распределение по отделениям (структурным подразделениям) медицинской организации / Указывается в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи»; См. приложение к строке 15 Уведомления</p>
<p>Мощность медицинской организации (структурных подразделений), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в разрезе профилей и врачей-специалистов</p>	<p>16</p>	<p>- Документ, определяющий структуру медицинской организации в части подразделений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь; - Штатное расписание / Заполняется на дату подачи Уведомления. См. приложение к строке 16 Уведомления</p>
<p>Фактически выполненные за предыдущий год (по ежегодным статистическим данным медицинской организации) объемы медицинской помощи по видам и условиям в</p>	<p>17</p>	<p>См. приложение к строке 17 Уведомления</p>

<p>разрезе профилей, специальностей, клинико-профильных/клинико-статистических групп заболеваний (КПГ/КСГ) по детскому и взрослому населению, а также объемы их финансирования по данным бухгалтерского учета медицинской организации (за исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования)</p>		
<p>Численность застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи в разрезе половозрастных групп</p>	18	<p>Только для медицинских организаций, имеющих участки обслуживаемого населения. Половозрастные группы указываются в соответствии с п. 182 Правил ОМС.</p> <p>Для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2019 год – представляются акты сверки численности застрахованных лиц со страховыми медицинскими организациями по состоянию на 1 число месяца, в котором подается Уведомление, приказ по учреждению о формировании участков обслуживания.</p> <p>Для медицинских организаций, не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в 2019 году – документ, определяющий порядок и территорию обслуживания, формирование участков.</p> <p>См. приложение к строке 18 Уведомления</p>
<p>Предложения о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи на плановый год по видам и условиям оказания медицинской помощи, в разрезе профилей, врачей-специалистов, количеству вызовов скорой медицинской помощи, КПГ/КСГ по детскому и взрослому населению</p>	19	<p>См. приложение к строке 19 Уведомления</p>
<p>Численность застрахованных лиц в медицинской организации для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской</p>	20	<p>Половозрастные группы указываются в соответствии с п. 182 Правил ОМС.</p> <p>Представляется документ, определяющий порядок и территорию обслуживания.</p>

помощи, территория обслуживания в разрезе половозрастных групп		См. приложение к строке 20 Уведомления
Виды диагностических и (или) консультативных услуг для медицинской организации, оказывающей только диагностические и (или) консультативные услуги, взрослому и детскому населению в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности и которой не может быть определен объем медицинской помощи в показателях, установленных территориальной программой	21	Заполняется из числа видов, указанных по строке 14. Здесь и далее – к диагностическим и (или) консультативным услугам, в том числе, которым не может быть определен объем медицинской помощи в показателях, установленных территориальной программой, относятся случаи оказания медицинской помощи, оплачиваемые по программе обязательного медицинского страхования по способу оплаты «за медицинскую услугу» (см. Тарифное соглашение о реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2019 год, размещено на официальном сайте ТФОМС Костромской области, раздел «Тарифы»).
Фактически выполненные за предыдущий год объемы диагностических и (или) консультативных услуг взрослому и детскому населению, согласно номенклатуре медицинских услуг, а также объемы их финансирования (за исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования)	22	См. приложение к строке 22 Уведомления
Предложения о планируемых к выполнению объемах диагностических и (или) консультативных услуг на плановый год взрослому и детскому населению, согласно номенклатуре медицинских услуг	23	См. приложение к строке 23 Уведомления
Сведения о структурных подразделениях медицинской организации (при наличии структурных подразделений в составе медицинской организации) *	24	Представляется документ, определяющий структуру медицинской организации и ее отделений внутри структурных подразделений, утвержденный в установленном порядке. См. приложение к строке 24 Уведомления

* В соответствии со статьей 15 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», подпунктом 17 пункта

102 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н

ТФОМС Костромской области могут быть запрошены дополнительные документы в случае, если представленный медицинской организацией пакет документов не содержит подтверждения сведений, указанных в Уведомлении.

Телефон, факс, адрес электронной почты, указанные в Уведомлении, являются официальными средствами связи с медицинской организацией.

Выписки из государственного реестра юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, а также уведомление Росстата представляются в виде распечатки с официального сайта соответствующего органа.

Уведомление и все прилагаемые приложения по строкам Уведомления подписываются руководителем медицинской организации или иным лицом с приложением документа, подтверждающего соответствующие полномочия.

Документы, подтверждающие сведения, указанные в Уведомлении, должны быть заверены подписью руководителя медицинской организации (или иного уполномоченного лица) и печатью медицинской организации. Нотариального заверения копий представляемых документов не требуется.

Условия осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования регламентированы Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами ОМС. Медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, не имеют права в течение года, в котором они осуществляют деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, выйти из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, за исключением установленных законодательством случаев. Медицинская организация может быть исключена из реестра до заключения договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию со страховыми медицинскими организациями, осуществляющими ОМС в Костромской области, на основании уведомления об исключении из реестра медицинских организаций, представляемого в ТФОМС Костромской области.

Обращаем Ваше внимание, что предложения о планируемых объемах оказания медицинской помощи в 2020 году (строки 19, 23 Уведомления) будут использованы при формировании территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2020 год, а также являться основанием для распределения объемов медицинской помощи на 2020 год Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в порядке, установленном Правилами ОМС. Корректировка медицинской организацией планируемых объемов оказания медицинской помощи, представленных в составе Уведомления, после присвоения реестрового номера Правилами ОМС не предусмотрена.

По всем вопросам, связанным с представлением Уведомления обращаться в юридический отдел ТФОМС Костромской области по телефонам 47-23-43, 31-55-26, электронной почте по адресу urist@oms44.ru.

Приложение: Форма Уведомления с приложениями на 22 л.

Директор



В.Е.Николаев

**БЛАНК МЕДИЦИНСКОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ
(при наличии)**

ТФОМС Костромской области

Директору
В.Е. Николаеву

Уважаемый Владимир Евгеньевич!

Прошу Вас включить медицинскую организацию _____ в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Костромской области в 2020 г.

Приложение: Уведомление о включении в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Костромской области в 2020 г. с Приложениями на ___ л. в 1 экз. (в копиях):

- 1) Устав медицинской организации на ___ л. в 1 экз.;
- 2) Свидетельство о государственной регистрации юридического лица на ___ л. в 1 экз.;
- 3) ...

Руководитель
медицинской организации _____
(подпись) (расшифровка подписи)

М.п.

_____ (число, месяц, год)

Исполнитель: _____
(ФИО, телефон, адрес эл. почты)

ТФОМС Костромской области

Директору
В.Е. Николаеву

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 в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ	1	
Сокращенное наименование медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ (при наличии)	1.1	
Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, в соответствии с выпиской из ЕГРИП	2	
Место нахождения и адрес медицинской организации	3	
Место нахождения и адрес филиала (представительства) медицинской организации	4	
Место нахождения и адрес индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность	5	
КПП для филиалов (представительств) в соответствии со свидетельством о постановке на учет российской организации в налоговом органе по	6	

месту ее нахождения		
Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	7	
Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН)	8	
Организационно-правовая форма медицинской организации и код организационно-правовой формы (ОКОПФ) медицинской организации в соответствии с уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ	9	
Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты	10	
Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона и факс руководителя, адрес электронной почты филиала (представительства) медицинской организации	11	
Номер телефона, факс и адрес электронной почты индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность	12	
Наименование, номер, дата выдачи и дата окончания действия лицензии на медицинскую деятельность	13	
Виды медицинской помощи, оказываемые в рамках территориальной программы в разрезе условий оказания и профилей медицинской помощи	14	приложение к строке 14 Уведомления
Мощность коечного фонда медицинской организации в разрезе профилей	15	приложение к строке 15 Уведомления
Мощность медицинской организации (структурных подразделений), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в разрезе профилей и врачей-специалистов	16	приложение к строке 16 Уведомления
Фактически выполненные за предыдущий год (по ежегодным статистическим данным медицинской	17	приложение к строке 17 Уведомления

<p>организации) объемы медицинской помощи по видам и условиям в разрезе профилей, специальностей, клинико-профильных/клинико-статистических групп заболеваний (КПГ/КСГ) по детскому и взрослому населению, а также объемы их финансирования по данным бухгалтерского учета медицинской организации (за исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования)</p>		
<p>Численность застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи в разрезе половозрастных групп</p>	18	приложение к строке 18 Уведомления
<p>Предложения о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи на плановый год по видам и условиям оказания медицинской помощи, в разрезе профилей, врачей-специалистов, количеству вызовов скорой медицинской помощи, КПГ/КСГ по детскому и взрослому населению</p>	19	приложение к строке 19 Уведомления
<p>Численность застрахованных лиц в медицинской организации для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, территория обслуживания в разрезе половозрастных групп</p>	20	приложение к строке 20 Уведомления
<p>Виды диагностических и (или) консультативных услуг для медицинской организации, оказывающей только диагностические и (или) консультативные услуги, взрослому и детскому населению в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности и которой не может быть определен объем медицинской помощи в показателях, установленных</p>	21	

территориальной программой		
Фактически выполненные за предыдущий год объемы диагностических и (или) консультативных услуг взрослому и детскому населению, согласно номенклатуре медицинских услуг, а также объемы их финансирования (за исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования)	22	приложение к строке 22 Уведомления
Предложения о планируемых к выполнению объемах диагностических и (или) консультативных услуг на плановый год взрослому и детскому населению, согласно номенклатуре медицинских услуг	23	приложение к строке 23 Уведомления
Сведения о структурных подразделениях медицинской организации (при наличии структурных подразделений в составе медицинской организации)	24	приложение к строке 24 Уведомления

Документы, подтверждающие сведения о медицинской организации, включенные в Уведомление, прилагаются.

С условиями осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования ознакомлен.

Руководитель медицинской
организации _____

(подпись)

_____ (расшифровка подписи)

М.П.

_____ (число, месяц, год)

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

Виды медицинской помощи, оказываемые в рамках территориальной программы в разрезе
условий оказания и профилей медицинской помощи

Сопроводительное письмо к уведомлению № _____ от _____

№ _____
(номер по реестру) <*> _____
(наименование медицинской организации)

Лицензия 1 № _____ от _____

№ строки	Вид медицинской помощи	Условия оказания медицинской помощи	Профили медицинской помощи**
14.1			
14.2			
...			

Лицензия 2 № _____ от _____

№ строки	Вид медицинской помощи	Условия оказания медицинской помощи	Профили медицинской помощи**
14.1			
14.2			
...			

<*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

<**> группировка осуществляется по одной строке в рамках одного вида медицинской помощи по каждому условию оказания медицинской помощи.

Руководитель медицинской организации

(подпись) _____ (Ф.И.О.)

"__" _____ 20__ г. тел. (____) _____

Приложение
к строке 15 Уведомления об осуществлении
деятельности в сфере обязательного
медицинского страхования

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

Сопроводительное письмо к уведомлению № _____ от _____

№ _____
(номер по реестру) <*> _____
(наименование медицинской организации)

Наименование структурного подразделения и его отделений	Профиль коек	№ строки	Число коек, фактически развернутых
1	2	3	4
Всего, в том числе:		15	
Структурное подразделение 1, из них (при наличии):		15.1	
Отделение 1		15.1.1	
Отделение 2		15.1.2	

<*> 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 15 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)

Наименование структурного подразделения и его отделений	Профиль коек	№ строки	Число коек, фактически развернутых
1	2	3	4
Всего, в том числе:		15	
Структурное подразделение 1, из них (при наличии):		15.1	
Отделение 1		15.1.1	
Отделение 2		15.1.2	

<*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

(подпись)

(Ф.И.О.)

"__" _____ 20__ г. тел. (____) _____

Приложение
к строке 16 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 профиля	16.1	
	16.1.1	
	16.1.2	
Наименование специальности врача	16.2	
	16.2.1	
	16.2.2	

<*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность
в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

(подпись) (Ф.И.О.)

"__" _____ 20__ г. тел. (____) _____

Приложение
к строке 17 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.	
		Взрослые	Дети	Взрослые	Дети	Взрослые	Дети	Взрослые	Дети
1		3		4		5		6	
Наименование профиля	17.1								
	17.1.1								
Наименование специальности врача	17.2								
	17.2.1								

<*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

"__" _____ 20__ г. тел. (____) _____

Приложение
к строке 17 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 медицинской помощи и КСГ	N строки	Количество случаев лечения		Финансирование, тыс. руб.	
		Взрослые	Дети	Взрослые	Дети
1	2	3		4	
Всего	17				
в том числе:					
Профиль 1					
КСГ	17.1				
Профиль 2					
КСГ	17.2				
Профиль 3					
КСГ	17.3				

<*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

"__" _____ 20__ г. тел. (____) _____

Приложение
к строке 17 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 медицинской помощи и КСГ	N строки	Количество случаев лечения		Финансирование, тыс. руб.	
		Взрослые	Дети	Взрослые	Дети
1	2	3		4	
Всего	17				
в том числе:					
Профиль 1					
КСГ	17.1				
Профиль 2					
КСГ	17.2				
Профиль 3					
КСГ	17.3				

<*> 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 17 Уведомления об осуществлении
деятельности в сфере обязательного
медицинского страхования

Фактически выполненные объемы медицинской помощи за предыдущий год
(скорая медицинская помощь)

Сопроводительное письмо к уведомлению № _____ от _____

№ _____
(номер по реестру) <*> _____
(наименование медицинской организации)

Профиль бригады СМП	N строки	Количество вызовов		Финансирование, тыс. руб.	
		Взрослые	Дети	Взрослые	Дети
1	2	3		4	
Всего	17				
в том числе:	17.1				
<профиль бригады >, в том числе:	17.2				
с применением тромболитической терапии	17.2.1.				

<*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

"__" _____ 20__ г. тел. (____) _____

Приложение
к строке 18 Уведомления об осуществлении
деятельности в сфере обязательного
медицинского страхования

Численность 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	
ы					
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 осуществлявших деятельность
в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

(подпись)

(Ф.И.О.)

"__" _____ 20__ г. тел. (____) _____

Приложение
к строке 19 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	
		Взрослые	Дети	Взрослые	Дети	Взрослые	Дети
1		3		4		5	
Наименование профиля	19.1						
	19.1.1						
Наименование специальности врача	19.2						
	19.2.1						

<*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

"__" _____ 20__ г. тел. (____) _____

Приложение
к строке 19 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 медицинской помощи и КСГ	N строки	Количество случаев лечения	
		Взрослые	Дети
1	2	3	
Всего	19		
в том числе:			
Профиль 1			
КСГ	19.1		
Профиль 2			
КСГ	19.2		
Профиль 3			
КСГ	19.3		

<*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

"__" _____ 20__ г. тел. (____) _____

Приложение
к строке 19 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 медицинской помощи и КСГ	N строки	Количество случаев лечения	
		Взрослые	Дети
1	2	3	
Всего	19		
в том числе:			
Профиль 1			
КСГ	19.1		
Профиль 2			
КСГ	19.2		
Профиль 3			
КСГ	19.3		

<*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

(подпись) (Ф.И.О.)

"__" _____ 20__ г. тел. (____) _____

Приложение
к строке 19 Уведомления об осуществлении
деятельности в сфере обязательного
медицинского страхования

Предложения о планируемых к выполнению объемах
медицинской помощи на плановый год (скорая медицинская помощь)

Сопроводительное письмо к уведомлению № _____ от _____

№ _____
(номер по реестру) <*>(наименование медицинской организации)

Профиль бригады СМП	N строки	Количество вызовов	
		Взрослые	Дети
1	2	3	
Всего	19		
в том числе:	19.1		
<профиль бригады >, в том числе:	19.2		
с применением тромболитической терапии	19.2.1		

<*> 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 20 Уведомления об осуществлении
деятельности в сфере обязательного
медицинского страхования

Численность застрахованных лиц в медицинской организации для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, территория их обслуживания
(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 осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

Руководитель медицинской организации

(подпись)

(Ф.И.О.)

«__» _____ 20__ г.

Приложение
к строке 22 Уведомления об осуществлении
деятельности в сфере обязательного
медицинского страхования

Фактически выполненные за предыдущий год объемы диагностических и (или)
консультативных услуг взрослому и детскому населению, согласно номенклатуре
медицинских услуг, а также объемы их финансирования

Сопроводительное письмо к уведомлению № _____ от _____

№ _____
(номер по реестру) <*>(наименование медицинской организации)

Медицинская услуга (код + наименование)	N строки	Количество		Финансирование, тыс. руб.	
		Взрослые	Дети	Взрослые	Дети
1	2	3		4	
Всего	22				
в том числе:					
	22.1				
	22.2				
	22.3				

<*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

" " _____ 20__ г. тел. (____) _____

Приложение
к строке 23 Уведомления об осуществлении
деятельности в сфере обязательного
медицинского страхования

Предложения о планируемых к выполнению объемах диагностических и (или)
консультативных услуг на плановый год взрослому и детскому населению, согласно
номенклатуре медицинских услуг

Сопроводительное письмо к уведомлению № _____ от _____

№ _____
(номер по реестру) <*>(наименование медицинской организации)

Медицинская услуга (код + наименование)	N строки	Количество	
		Взрослые	Дети
1	2	3	
Всего	23		
в том числе:			
	23.1		
	23.2		
	23.3		

<*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

"__" _____ 20__ г. тел. (____) _____

Приложение
к строке 24 Уведомления
об осуществлении деятельности в
сфере обязательного
медицинского страхования

Структурные подразделения медицинской организации

Сопроводительное письмо к уведомлению № _____ от _____

№ _____
(номер по реестру)*

_____ (наименование медицинской организации)

№ п/п	Наименование структурного подразделения и отделений внутри структурных подразделений	Адрес осуществления медицинской деятельности структурного подразделения (согласно лицензии)	ФИО руководителя подразделения	Телефон руководителя подразделения
1	2	3	4	5
1	Структурное подразделение 1			
1.1.	Отделение 1 (при наличии)	X	X	X
1.2.	Отделение 2 (при наличии)	X	X	X
2.				

Руководитель медицинской организации

(подпись)

(Ф.И.О.)

«__» _____ 20__ г.