

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ
ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ



ЭМШЭЛЭЛГЫН
ТАЛААР УЯЛГАТА
ДААДХАЛАЙ БУРЯАД
УЛАСАЙ ГАЗАР
ДЭБИСХЭРЭЙ ЖАСА

0047, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Пирогова, д. 10а, e-mail: general@tfomsrb.ru , www.tfomsrb.ru
тел. 33-42-31, 33-48-14 (факс), УФК по Республике Бурятия (ТФОМС РБ, л/с 03025025770), р/с 40404810781420000001
Отделение - НБ Республика Бурятия, БИК 048142001 ИНН 0323029832 КПП 032301001 ОКТМО 81701000

« 18 » 05 2016 г. № 1208
на № _____ от _____

**Руководителям
медицинских организаций**

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Бурятия, в целях проведения медицинскими организациями подготовительных мероприятий по осуществлению в 2017 году деятельности в системе обязательного медицинского страхования, информирует.

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.03.2016 N 192н внесены изменения в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2011 года № 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования».

Изменения касаются Порядка ведения реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

В соответствии с данным приказом медицинская организация направляет уведомление о включении в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на бумажном носителе или электронном виде до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

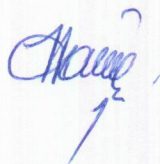
Уведомление содержит следующие сведения:

- 1) полное наименование медицинской организации;
 - 1.1) фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность;
- 2) краткое наименование медицинской организации;
- 3) адрес (место) нахождения медицинской организации;
 - 3.1) адрес (место) нахождения индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность;
- 4) КПП;
- 5) ИНН;

- 6) организационно-правовая форма медицинской организации;
- 7) фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты;
- 7.1) номер телефона, факс и адрес электронной почты индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность;
- 8) наименование, номер, дата выдачи и дата окончания действия разрешения на медицинскую деятельность;
- 9) виды медицинской помощи, оказываемые в рамках территориальной программы;
- 10) мощность коечного фонда медицинской организации в разрезе профилей;
- 11) мощность медицинской организации (структурных подразделений), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в разрезе профилей и врачей-специалистов;
- 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/КПГ) по детскому и взрослому населению, а также объемы их финансирования (за исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования);
- 13) численность прикрепившихся застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи (в разрезе половозрастных групп);
- 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/КПГ по детскому и взрослому населению.

Информация о способе передачи вышеуказанных сведений будет доведена до Вас дополнительно.

Директор



Д.Н. Самбуев