

**Территориальный фонд  
обязательного медицинского  
страхования  
Мурманской области**

Руководителям  
медицинских организаций

РОССИЯ

183038, г. Мурманск, пр. Ленина, 89  
тел/факс 42-00-17

Email: 51mtfoms@polarnet.ru

Исх. № 1006/06 от 30.05.2019 г.

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

Об уведомлении о включении  
в Реестр медицинских организаций,  
осуществляющих деятельность в сфере ОМС.

ТФОМС Мурманской области сообщает, что с 28 мая 2019 года вступил в силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС).

В соответствии п.104 Правил ОМС уведомление о включении в реестр медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования должно содержать следующие сведения:

- 1) полное и сокращенное (при наличии) наименования медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ;
- 2) фамилию, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, в соответствии с выпиской из ЕГРИП;
- 3) место нахождения и адрес медицинской организации;
- 4) место нахождения и адрес филиала (представительства) медицинской организации;
- 5) место нахождения и адрес индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность;
- 6) КПП для филиалов (представительств) в соответствии со свидетельством о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения;
- 7) идентификационный номер налогоплательщика (ИНН);
- 8) государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН);
- 9) организационно-правовую форму медицинской организации и код организационно-правовой формы (ОКОПФ) медицинской организации в соответствии с уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ;
- 10) фамилию, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты;
- 11) фамилию, имя, отчество (при наличии), номер телефона и факс руководителя, адрес электронной почты филиала (представительства) медицинской организации;
- 12) номер телефона, факс и адрес электронной почты индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность;
- 13) наименование, номер, дату выдачи и дату окончания действия лицензии на медицинскую деятельность;
- 14) виды медицинской помощи, оказываемые в рамках территориальной программы в разрезе условий оказания и профилей медицинской помощи;
- 15) мощность коечного фонда медицинской организации в разрезе профилей;
- 16) мощность медицинской организации (структурных подразделений), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в разрезе профилей и врачей-специалистов;

17) фактически выполненные за предыдущий год (по ежегодным статистическим данным медицинской организации) объемы медицинской помощи по видам и условиям в разрезе профилей, специальностей, клинико-профильных/клинико-статистических групп заболеваний (далее - КПП/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);

18) численность застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи (в разрезе половозрастных групп в соответствии с пунктом 182 настоящих Правил);

19) 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, КПП/КСГ по детскому и взрослому населению;

20) численность застрахованных лиц в медицинских организациях для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, территория их обслуживания (в разрезе половозрастных групп в соответствии с пунктом 182 настоящих Правил);

21) виды диагностических и (или) консультативных услуг для медицинских организаций, оказывающих только диагностические и (или) консультативные услуги, взрослому и детскому населению в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности и которым не может быть определен объем медицинской помощи в показателях, установленных территориальной программой;

22) фактически выполненные за предыдущий год (по ежегодным статистическим данным медицинской организации) объемы диагностических и (или) консультативных услуг взрослому и детскому населению, согласно номенклатуре медицинских услуг, а также объемы их финансирования по данным бухгалтерского учета (за исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования);

23) предложения о планируемых к выполнению объемах диагностических и (или) консультативных услуг на плановый год взрослому и детскому населению, согласно номенклатуре медицинских услуг, указанной в подпункте 22 настоящего пункта Правил.

На основании вышеизложенного направляем в Ваш адрес на официальные адреса электронной почты шаблон уведомления с приложениями.

Также уведомление о включении в реестр медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования размещено на сайте ТФОМС Мурманской области <http://www.omsmurm.ru> в разделе «Для медицинских организаций».

Просим направлять уведомление о включении в реестр медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования на 2020 год с приложениями в ТФОМС Мурманской области по новому образцу, с предоставлением следующих копий документов:

- копии учредительных документов (устав, положение о филиале, приказ о создании обособленного подразделения);
- копия приказа о назначении руководителя организации (для филиала(обособленного подразделения) копия доверенности на руководителя филиала(обособленного подразделения);
- копия свидетельства о государственной регистрации юридического лица;
- копия свидетельства о постановке на учет в налоговом органе;
- копия выписки из Единого государственного реестра юридических лиц (должна быть получена не ранее 30 дней до даты подачи Уведомления);
- копия Уведомления территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Мурманской области;
- копия лицензии на осуществление медицинской деятельности.



Уведомление и копии документов на бумажном носителе должны быть заверены печатью медицинской организации, с указанием даты, пометкой «копия верна» (для копий документов), а также должностью и подписью руководителя организации (с расшифровкой), подтверждающей его информированность об условиях деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

Для осуществления деятельности в 2020 году уведомление и указанный пакет документов предоставляются на бумажном носителе до 01 сентября 2019 года по адресу: г.Мурманск, пр.Ленина, д.89, каб. 408 (часы приема документов: с понедельника по четверг с 8.30 до 17.00; в пятницу с 8.30 до 15.30. Перерыв с 13.00 до 14.00), а также в электронном виде на адрес электронной почты: ShirikovaMV@omsmurm.ru.

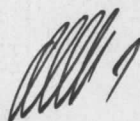
Медицинские организации, не подавшие указанные документы до 01 сентября 2019 года, не будут включены в реестр медицинских организаций на 2020 год.

При отказе медицинской организации от деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в 2020 году необходимо направить в адрес ТФОМС Мурманской области уведомление об исключении из реестра медицинских организаций с указанием причины.

А также, обращаем Ваше внимание, что в соответствии с п. 110 Правил ОМС, для актуализации реестра медицинских организаций, в случае изменения сведений о медицинской организации, указанных в уведомлении, медицинская организация в течение двух рабочих дней с даты наступления этих изменений, направляет в ТФОМС Мурманской области в письменной форме новые сведения и документы, подтверждающие внесенные изменения. Указанная актуализация сведений о медицинской организации производится в течение всего года, в котором медицинская организация осуществляет деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

По всем вопросам, связанным с предоставлением уведомления, обращаться по телефону (8152) 428-109.

Заместитель директора



М.Л.Кривошей

Исп.Ширикова М.В.  
тел.(8-8152)428-109

Рану -