

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
(ТФОМС Чеченской Республики)**

Ипподромная ул., д. 5, Грозный, 364014

тел./факс (8712) 29-42-52. E-mail: tfoms.chr@mail.ru

ОКПО 45271765. ОГРН 1022002546279. ИНН/КПП 2020000330/201401001

07.07.2015 № 628

на № _____ от _____

Руководителям медицинских
организаций в сфере обязательного
медицинского страхования
Чеченской Республики

О формировании реестра медицинских
организаций, намеренных осуществлять
деятельность в сфере обязательного
медицинского страхования в 2016 году

ТФОМС Чеченской Республики в целях соблюдения действующего законодательства в сфере обязательного медицинского страхования на территории Чеченской Республики и ведения реестра медицинских организаций информирует Вас о следующем.

В соответствии со статьей 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) организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

Медицинская организация включается в реестр медицинских организаций на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Порядок ведения, форма и перечень сведений реестра медицинских организаций установлены Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 года №158н

«Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС).

В соответствии с пунктом 92 Правил ОМС медицинская организация, имеющая право на осуществление 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 (форма уведомления прилагается к настоящему письму).

Виды медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, (строка 9) указываются в уведомлении **в разрезе профилей отделений и врачебных специальностей** согласно данным разрешения (лицензии) на осуществление медицинской деятельности.

Уведомление подписывается руководителем медицинской организации, с указанием даты, и содержит подпись руководителя медицинской организации, подтверждающую его информированность об условиях деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

В целях своевременного формирования реестра медицинских организаций для осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования на территории Чеченской Республики в 2016 году ТФОМС Чеченской Республики предлагает **заблаговременно до 15 августа 2015 года предоставить** уведомление, а также заверенные, медицинской организацией копии документов, подтверждающих сведения, содержащиеся в уведомлении:

- 1) копия выписки из Единого государственного реестра юридических лиц или Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей;
- 2) копии документов, подтверждающих право подписи уполномоченного лица (приказ о назначении, решение общего собрания акционеров и другое).

Медицинским организациям, **не осуществлявшим деятельность в 2015 году** в сфере обязательного медицинского страхования Чеченской Республики необходимо представить заверенные, медицинской организацией копии следующих документов:

- 1) копия лицензии на осуществление медицинской деятельности;
- 2) копии учредительных документов (устав, положение);
- 3) копия свидетельства о государственной регистрации юридического лица или государственной регистрации индивидуального предпринимателя;
- 4) копия свидетельства о постановке на учет в налоговом органе.

Кроме того, медицинским учреждениям, **осуществлявшим деятельность в 2014 году** необходимо предоставить в ТФОМС Чеченской

Республики в электронном виде **в формате Word или Excel** сведения о медицинской организации по форме федерального статистического наблюдения № 30, утвержденную приказом Федеральной службы государственной статистики от 25.12.2014 № 723 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения».

В соответствии с пунктом 95 Правил ОМС проверка представленных документов на соответствие сведениям, указанным в уведомлении, будет осуществляться в присутствии уполномоченного представителя медицинской организации в день приезда последнего сотрудниками отдела организации обязательного медицинского страхования ТФОМС Чеченской Республики (364014, г.Грозный, ул. Ипподромная, 5, кабинет 115).

ТФОМС Чеченской Республики убедительно просит сообщать заранее по телефону 29-42-58 о приезде с документами уполномоченного представителя медицинской организации.

При установлении соответствия данных ТФОМС Чеченской Республики вносит медицинскую организацию в реестр и присваивает реестровый номер.

Реестровый номер присваивается медицинским организациям, ранее не осуществлявшим деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

За медицинскими организациями, осуществлявшими деятельность в 2015 году, остаётся реестровый номер, присвоенный им ранее.

В соответствии с пунктом 94 Правил ОМС в случае направления уведомления в электронном виде медицинская организация в течение семи рабочих дней с даты направления уведомления представляет в территориальный фонд копии документов, заверенные подписью руководителя медицинской организации и печатью медицинской организации, подтверждающие сведения, указанные в пункте 92 Правил обязательного медицинского страхования.

Обращаем Ваше внимание на то, что в случае несоответствия представленных документов сведениям, содержащимся в уведомлении, медицинской организации необходимо будет внести уточнения в уведомление в срок **до 1 сентября 2015 года**.

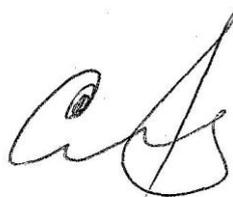
В случае изменения сведений о медицинской организации (полное и краткое наименование медицинской организации в соответствии с ЕГРЮЛ, адрес, место нахождения медицинской организации, ИНН, КПП, организационно-правовая форма медицинской организации, сведения о документе, дающем право на осуществление медицинской деятельности, виды медицинской деятельности, оказываемые в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, смена руководителя медицинской организации) **медицинской организации следует в течение двух рабочих дней с даты наступления этих изменений направить в письменной форме новые сведения и документы, подтверждающие эти изменения.**

Внесение изменений в сведения, содержащиеся в реестре, осуществляются ТФОМС Чеченской Республики в течение пяти рабочих дней со дня представления медицинскими организациями сведений и документов, подтверждающих эти сведения. Данное положение определено пунктом 99 Правил ОМС.

В соответствии с пунктом 100 Правил 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 случаев ликвидации медицинской организации, утраты права на осуществление медицинской деятельности, банкротства или иных предусмотренных законодательством Российской Федерации случаев.

Приложение: - форма уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования – на 1 л.

Исполняющий обязанности директора
ТФОМС Чеченской Республики



М.А. Сагилаев

Директору _____
(наименование территориального фонда ОМС)

(фамилия, имя, отчество)

ОТ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя медицинской
организации,

наименование медицинской организации)

УВЕДОМЛЕНИЕ

об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования на 2016 год

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	

Копия документов, подтверждающих указанные сведения прилагаются.
С условиями осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования ознакомлен.

Руководитель медицинской
организации

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

М. П.

_____ (число, месяц, год)