**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПИСЬМО**

**от 9 июля 2013 г. N 11-8/10/2-4936**

**О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

**МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО**

**МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Учитывая возможное сокращение бюджетных ассигнований федерального бюджета на 2014 год на расходы в сфере здравоохранения и положения статьи 100 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", предусматривающие финансовое обеспечение оказания специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти и государственным академиям наук до 2015 года, Министерство здравоохранения Российской Федерации считает необходимым определение участия медицинских организаций - федеральных государственных бюджетных учреждений в сфере обязательного медицинского страхования с 2014 года в соответствии с разработанными программами развития федеральных государственных бюджетных учреждений.

Для участия в обязательном медицинском страховании в 2014 году медицинским организациям необходимо направить соответствующие документы в территориальные фонды обязательного медицинского страхования до 1 сентября 2013 года.

В соответствии со статьей 15 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" медицинская организация для участия в сфере обязательного медицинского страхования включается в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании [уведомления](#Par55), направляемого в территориальные фонды обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации, в которых медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

[Уведомление](#Par55) на электронных носителях или путем передачи по телекоммуникационным каналам связи с соблюдением требований по технической защите конфиденциальной информации направляется на официальный сайт территориального фонда обязательного медицинского страхования, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Порядок ведения и перечень сведений реестра медицинских организаций установлены Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 года N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (в редакции приказов Минздравсоцразвития России от 10.08.2011 N 897н, от 09.09.2011 N 1036н, Приказа Минздрава России от 22.03.2013 N 160н) (далее - Правила).

В соответствии с пунктом 92 Правил медицинская организация, имеющая право на осуществление медицинской деятельности для осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, направляет [уведомление](#Par55) 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 с указанием следующих сведений:

1) полное наименование медицинской организации;

2) краткое наименование медицинской организации;

3) адрес (место) нахождения медицинской организации;

4) КПП;

5) ИНН;

6) организационно-правовая форма медицинской организации;

7) фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты;

8) наименование, номер, дата выдачи и дата окончания действия разрешения на медицинскую деятельность;

9) виды медицинской помощи, оказываемые в рамках территориальной программы.

При заполнении [п. 9](#Par110) уведомления следует указать виды медицинской помощи, которые медицинская организация планирует оказывать в 2014 году в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Также необходимо представить заверенные копии документов, подтверждающих сведения, содержащиеся в [уведомлении](#Par55):

1. копии учредительных документов (устав, положение);

2. копии документов, подтверждающих право подписи уполномоченного лица (приказ о назначении и др.);

3. копия свидетельства о государственной регистрации юридического лица;

4. копия свидетельства о постановке на учет в налоговом органе;

5. копия выписки из Единого государственного реестра юридических лиц;

6. копия лицензии на осуществление медицинской деятельности.

Одновременно с направлением [уведомления](#Par55) в территориальный фонд медицинской организации следует направить копию уведомления в Министерство здравоохранения Российской Федерации и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

Учитывая процедуру проверки и возможной корректировки представленных сведений, предлагаем осуществить подачу [уведомлений](#Par55) в территориальные фонды до 10 августа 2014 года.

В.И.СКВОРЦОВА

Приложение

 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 медицинскойорганизации  |  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 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)