**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](consultantplus://offline/ref=E84866E08FD294C38A5ACF272CCD1D5E39EE50F1860E5F82059BDC286126B4E91A7C52CCF67DCFz1SCI) 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](consultantplus://offline/ref=E84866E08FD294C38A5ACF272CCD1D5E39ED51F5870E5F82059BDC286126B4E91A7C52CCF77CC3z1SFI) 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](consultantplus://offline/ref=E84866E08FD294C38A5ACF272CCD1D5E39EE57FF8A0E5F82059BDC286126B4E91A7C52CCF77DC6z1S5I) 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](consultantplus://offline/ref=E84866E08FD294C38A5ACF272CCD1D5E39EE57FF8A0E5F82059BDC286126B4E91A7C52CCF77EC4z1S5I) 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 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 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)