



ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

454080, Россия, г. Челябинск, ул. Труда, 156, тел. (351) 211 35 17, факс.: (351) 211 50 43
e-mail: mail@foms74.ru, www.foms74.ru

Руководителям медицинских
организаций (по списку)

17 СЕН 2018

№ 01 - 2 4 4 3

Уважаемые руководители медицинских организаций!

В адрес территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области (далее – ТФОМС Челябинской области) поступило информационное письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ФФОМС) от 30.08.2018 года № 10840/91/и о развитии Государственной информационной системы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) и введением в эксплуатацию с 03.09.2018 года адаптированной подсистемы «Реестры ОМС».

На основании данного письма и методических рекомендаций к данному письму ФФОМС, территориальным фондам ОМС необходимо в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС (далее – Реестр МО) внести дополнительные сведения, в том числе по структурным подразделениям медицинских организаций (далее – Структурные подразделения).

В соответствии с приказом Федеральной службы государственной статистики от 17.04.2014 № 258 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере обязательного медицинского страхования» определены типы структурных подразделений медицинских организаций:

- 1) участковые больницы;
- 2) поликлиники, амбулатории;
- 3) женские консультации;
- 4) родильные дома;
- 5) фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты;
- 6) центры здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака;
- 7) перинатальные центры больничных учреждений;
- 8) центры, отделения общей врачебной практики (семейной медицины), кабинеты;

- 9) отделения скорой медицинской помощи в составе городских, центральных районных больниц, подстанции станций скорой медицинской помощи, оказывающие скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;
- 10) стационарные отделения медицинской реабилитации;
- 11) отделения медицинской реабилитации медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Для включения в Реестр МО, медицинские организации ежегодно направляют в территориальные фонды ОМС уведомление об осуществлении деятельности в сфере ОМС, в котором указываются сведения, содержащиеся в лицензии на осуществление медицинской деятельности (далее - Лицензия). Неотъемлемой частью Лицензии являются приложения, в которых указаны работы (услуги), выполняемые (оказываемые) в составе лицензируемого вида деятельности с указанием адреса их выполнения (оказания). Указанные адреса являются фактическими адресами структурных подразделений либо их отделений. В случае наличия в Лицензии одного приложения, указанный в нем адрес вносится в составе сведений о единственном структурном подразделении и его единственном отделении в медицинской организации как основной адрес, по которому осуществляется медицинская деятельность.

Сведения о видах и профилях медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией, должны вноситься в Подсистему «Реестры ОМС» с группировкой по адресам отделений структурных подразделений медицинской организации в строгом соответствии со сведениями, указанными в приложениях к Лицензии.

Для обеспечения своевременного внесения информации территориальным фондом ОМС Челябинской области в подсистемы «Реестры ОМС» в раздел Реестры МО, Вам необходимо подготовить информацию по Структурным подразделениям, согласно приложению к настоящему письму.

Информацию по Структурным подразделениям, необходимо предоставить в срок до 05.10.2018 года в электронном виде на адрес электронной почты: med@foms74.ru и на бумажном носителе с подписью руководителя и печатью медицинской организации:

- медицинским организациям г. Челябинска в ТФОМС Челябинской области по адресу: г. Челябинск, ул. Труда 156, каб. 303;
- медицинским организациям Челябинской области в филиалы ТФОМС, на территории, которых расположена медицинская организация.

По вопросам, возникающим в ходе заполнения информации, можно обращаться к главному специалисту ТФОМС Челябинской области Богдашевой Инессе Станиславовне, курирующей данный раздел работы, по телефону 8-351-211-06-42 или по электронной почте на ранее указанный адрес.

Дополнительно информируем Вас, что порядок ведения Реестра МО и перечень сведений, входящих в его состав, установлены приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС). В соответствии с п. 98 Правил ОМС, в случае изменения сведений о медицинской организации, указанных в подпунктах 3, 3.1, 4, 5, 6, 7, 7.1, 9, 10 пункта 91 настоящих Правил ОМС,

медицинская организация в течение двух рабочих дней с даты наступления этих изменений направляет в территориальный фонд в письменной форме новые сведения и документы, подтверждающие изменения сведений, для актуализации реестра медицинских организаций.

С учетом вышеизложенного, для дальнейшей работы в сфере ОМС Челябинской области, в случаях переоформления Лицензий, Вам необходимо в срок, установленный п.98 Правил ОМС, предоставлять в ТФОМС Челябинской области их копии с приложениями по Структурным подразделениям, заполненными в соответствии с приложением к настоящему письму, заверенные подписью руководителя и печатью медицинской организации.

Обращаем Ваше внимание, что данный вопрос находится на контроле у ФФОМС.

Приложение на 1 л. в 1 экз.

Директор



И.С. Михалевская

Перечень Структурных подразделений, входящих в состав _____

(наименование медицинской организации)

№	Полное наименование структурного подразделения	Краткое наименование структурного подразделения	ФИО руководителя структурного подразделения	Телефон структурного подразделения	Адрес структурного подразделения	*Виды медицинской помощи, оказываемой в структурном подразделении в рамках ОМС
	Данные медицинской организации	Данные медицинской организации			Заполняется в соответствии с адресом, указанным в приложении к лицензии медицинской организации	1) Первичная доврачебная медико-санитарная помощь; 2) Первичная врачебная медико-санитарная помощь; 3) Первичная специализированная медико-санитарная помощь; 4) Скорая специализированная медицинская помощь; 5) Санитарно-авиационная медицинская помощь; 6) Специализированная медицинская помощь; 7) Высокотехнологичная специализированная медицинская помощь

* Виды медицинской помощи перечисляются в строке ниже в соответствии с лицензией и выделенными объемами мунципального задания. Работы (услуги), указанные в лицензии, но не оказываемые в данном структурном подразделении перечислять не нужно.

Руководитель медицинской организации

ФИО

М.П.