Председателю

Комиссии по разработке

территориальной программы ОМС

Калужской области  
К.В. Пахоменко

Секретарю

Комиссии по разработке

территориальной программы ОМС

|  |  |
| --- | --- |
| от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Калужской области  
М.В. Андреевой

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ просит рассмотреть на Комиссии  
 (наименование медицинской организации)

по разработке территориальной программы ОМС следующие вопросы:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Обоснование обращения (выбрать нужное):

* изменение численности застрахованных (прикрепленных) лиц, выбравших данную медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи, подтвержденное актами сверки со СМО;
* изменение маршрутизации пациентов на период более 1 месяца, в том числе по причине закрытия отделений, подтвержденное приказами Министерства здравоохранения Калужской области;
* вспышки инфекционной заболеваемости (превышение показателя заболеваемости в сравнении со среднемноголетними показателями), чрезвычайные происшествия, техногенные катастрофы, стихийные бедствия и т.п., по причине которых резко увеличивается объем оказания экстренной (неотложной) медицинской помощи;
* реорганизация, изменение структуры медицинской организации (открытие новых отделений, врачебных приемов, увеличение коечного фонда), подтвержденные соответствующими правовыми актами;
* получение лицензии на новый вид медицинской деятельности, ранее не заявленной при формировании предложений по объемам медицинской помощи;
* иные причины **(расшифровать ниже)**:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Приложение на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ листах

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (должность руководителя МО) | (подпись) | (Ф.И.О. руководителя) |

Исполнитель (Ф.И.О. полностью)

Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение №1

к Образцу обращения в Комиссию

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Вид медицинской помощи | Профиль (с расшифровкой по КСГ), специальность,  наименование услуги | Утвержденный план оказания медицинской помощи в рамках ТП ОМС на 20\_\_ год | | | Корректировка(+;-) | | План оказания медицинской помощи с корректировкой в рамках ТП ОМС на 20\_\_\_ год | |
| Объемы (госпитализации, обращения, посещения) | Тариф, руб. | Стоимость, руб. | Объемы (госпитализации, обращения, посещения) | Стоимость, руб. | Объемы,  (госпитализации, обращения, посещения) | Стоимость, руб. |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого: |  |  |  |  |  |  |  |  |