

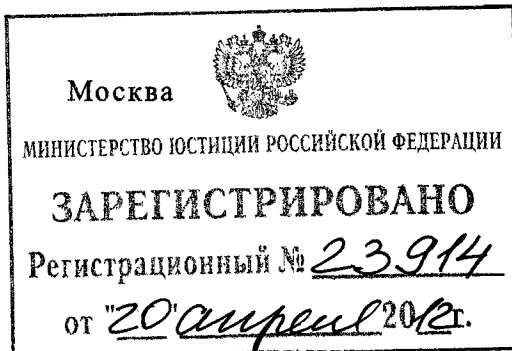


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(Минздравсоцразвития России)

П Р И К А З

Апрель 2012г.

№ *2124*



**О формах статистического учета и отчетности об оказании
высокотехнологичной медицинской помощи гражданам
Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований,
предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения
и социального развития Российской Федерации, и порядке их заполнения**

В соответствии со статьей 97 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724) **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:

учетную форму № 025/у-ВМП «Талон на оказание ВМП» согласно приложению № 1;

учетную форму № 1-ОУЗ-3 «Заявка органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в медицинских организациях, подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук» согласно приложению № 2;

учетную форму № 2-МО-3 «Заявка медицинской организации, подведомственной Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Федеральному медико-биологическому агентству,

Российской академии медицинских наук), на оказание высокотехнологичной медицинской помощи» согласно приложению № 3;

учетную форму № 2-С-МО-МЗ «Сводная заявка медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук), на оказание высокотехнологичной медицинской помощи» согласно приложению № 4;

отчетную форму № 67-МО-ОУЗ «Сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, находящейся в ведении субъекта Российской Федерации» согласно приложению № 5;

отчетную форму № 67-С-ОУЗ-МЗ «Сводные сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, находящимися в ведении субъекта Российской Федерации» согласно приложению № 6;

отчетную форму № 67-МО-МЗ «Сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, подведомственной Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук)» согласно приложению № 7;

отчетную форму № 67-С-МО-МЗ «Сводные сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, подведомственными Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук)» согласно приложению № 8,

Порядок заполнения учетной формы № 025/у-ВМП «Талон на оказание ВМП» согласно приложению № 9;

Порядок заполнения учетной формы № 1-ОУЗ-З «Заявка органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в медицинских организациях, подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук» согласно приложению № 10;

Порядок заполнения учетной формы № 2-МО-З «Заявка медицинской организации, подведомственной Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук), на оказание высокотехнологичной медицинской помощи» согласно приложению № 11;

Порядок заполнения учетной формы № 2-С-МО-МЗ «Сводная заявка медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук), на

оказание высокотехнологичной медицинской помощи» согласно приложению № 12;

Порядок заполнения отчетной формы № 67-МО-ОУЗ «Сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, находящейся в ведении субъекта Российской Федерации» согласно приложению № 13;

Порядок заполнения отчетной формы № 67-С-ОУЗ-МЗ «Сводные сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, находящимися в ведении субъекта Российской Федерации» согласно приложению № 14;

Порядок заполнения отчетной формы № 67-МО-МЗ «Сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, подведомственной Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук)» согласно приложению № 15;

Порядок заполнения отчетной формы № 67-С-МО-МЗ «Сводные сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, подведомственными Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук)» согласно приложению № 16.

2. Рекомендовать руководителям Федерального медико-биологического агентства, Российской академии медицинских наук, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения и медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь гражданам Российской Федерации, организовать представление учетных и отчетных форм, утвержденных настоящим приказом, с использованием специализированной информационной системы «Информационно-аналитическая система Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации».

3. Департаменту информатизации (В.В. Дубинину) обеспечить организационно-техническое сопровождение заполнения учетных и отчетных форм, утвержденных настоящим приказом, с использованием специализированной информационной системы «Информационно-аналитическая система Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации».

4. Признать утратившими силу:

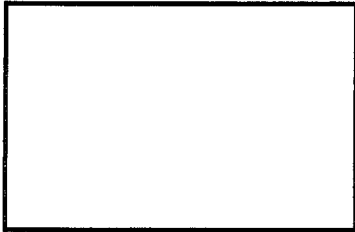
приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2010 г. № 242н «Об утверждении и порядке ведения форм статистического учета и отчетности по реализации государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 июня 2010 г. № 17565);

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 февраля 2011 г. № 138н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2010 г. № 242н «Об утверждении и порядке ведения форм статистического учета и отчетности по реализации государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 15 марта 2011 г. № 20116).

Министр


Т.А. Голикова





штрих код

Приложение № 1

к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

от 11 июля 2012 г № 2124

Медицинская документация

Учетная форма № 025/у-ВМП

Утверждена приказом Минздравсоцразвития

России от 11.03 2012 г № 2124

Талон на оказание ВМП №

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

II. Паспортная часть талона

П 1	Наименование ОУЗ*	<input type="text"/>																				
П 2	ОКПО ОУЗ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
П 3	ОКАТО ОУЗ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
П 4	Почтовый индекс ОУЗ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
П 5	Почтовый адрес ОУЗ	<input type="text"/>																				
П 6	Адрес электронной почты ОУЗ	<input type="text"/>																				
П 7	Дата оформления талона	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
П 8	Обращение пациента за ВМП**	<input type="checkbox"/>	1 - первичное, 2 - повторное																			
П 9	Источник финансирования оказания ВМП	<input type="checkbox"/>	1 - федеральный бюджет,															2 - субсидия из федерального бюджета + средства бюджета субъекта		Российской Федерации		
П 10	Направление на ВМП	<input type="checkbox"/>	1 - ОУЗ, 2 Минздравсоцразвития России																			
П 11 1	Фамилия	<input type="text"/>										П 11 2	Имя <input type="text"/>									
П 11 3	Отчество (при наличии)	<input type="text"/>																				
П 12	СНИЛС (при наличии)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
П 13 1	Наименование страховой медицинской организации	<input type="text"/>																				
П 13 2	Номер полиса ОМС	<input type="text"/>																				
П 14 1	Документ, удостоверяющий личность	<input type="text"/>																				
П 14 2	Серия документа	<input type="text"/>						П 14 3	Номер документа <input type="text"/>													
П 14 4	Кем и когда выдан документ	<input type="text"/>																				
П 15	Адрес места жительства пациента	республика, край, область, <input type="text"/> город федерального значения <input type="text"/> город, село <input type="text"/> улица <input type="text"/> дом <input type="text"/> корпус <input type="text"/> квартира <input type="text"/>																				
П 16	Контактный телефон	<input type="text"/>																				
П 17	Согласен(а) на использование персональных данных для организации ВМП (да/нет)	<input type="text"/>																				

* Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения

** Высокотехнологичная медицинская помощь

С. Справочные сведения о пациенте

С 1	Пол	<input type="checkbox"/> 1 - муж, 2 - жен	С 2	Дата рождения	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
С 3	Житель город/село	<input type="checkbox"/> 1 - город 2 - село	С 4	Категория льготы	<input type="text"/>
С 5	Социальная группа	<input type="checkbox"/> 1 - дошкольник, 2- школьник, 3- студент (аспирант), 4 - работающий, 5 - неработающий, 6 - пенсионер	0-не имеет льгот, 1-инвалиды войны, 2- участники ВОВ, 3-ветераны боевых действий, 4-военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР, 5 - лица, награжденные знаком "Житель блокадного Ленинграда", 6 лица, работавшие в период ВОВ на режимных объектах, 7 - члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников ВОВ, ветеранов боевых действий, 8 - инвалиды, 9 - дети-инвалиды		

Талон на оказание ВМП №

1 ЭТАП -ОУЗ

1 1	Код принятого решения	<input type="checkbox"/> 1 - направить документы в медицинскую организацию, оказывающую ВМП, отказать в ВМП 2 - по причине отсутствия медицинских показаний, 3 - другие причины
1 2	Дата принятия решения	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
1 3	Код диагноза по МКБ-10	<input type="text"/> . <input type="text"/>
1 4	Код вида ВМП	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
1 5	Наименование МО***	<input type="text"/>
1 6	Дата направления документов в МО	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
1 7	ФИО должностного лица	<input type="text"/>
1 8	Наименование должности	<input type="text"/>
1 9	Номер служебного телефона должностного лица и адрес электронной почты	<input type="text"/>
1 10	Подпись должностного лица	<input type="text"/>

МП

Комментарии:

*** Медицинская организация, оказывающая высокотехнологичную медицинскую помощь

Талон на оказание ВМП №

2 ЭТАП - МО

2 1	Дата получения документов от ОУЗ	<input type="text"/>
2 2	Код принятого решения	<input type="checkbox"/> 1 - наличие медицинских показаний для госпитализации для оказания ВМП, 2 - отсутствие медицинских показаний для оказания ВМП, 3 - направление на дообследование, 4 - наличие медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи
2 3	Дата принятия решения	<input type="text"/>
2 4	Код вида ВМП	<input type="text"/>
2 5	Дата планируемой госпитализации	<input type="text"/>
2 6	Дата отсроченной госпитализации	<input type="text"/>
2 7	Дата уведомления ОУЗ и пациента о дате госпитализации в МО	<input type="text"/>
2 8	Способ уведомления	<input type="checkbox"/> 1- почтой, 2- телефонограммой, 3- по электронной почте
2 9	ФИО должностного лица	<input type="text"/>
2 10	Наименование должности	<input type="text"/>
2 11	Номер служебного телефона должностного лица и адрес электронной почты	<input type="text"/>
2 12	Подпись должностного лица	<input type="text"/> М П
Комментарии:		

Талон на оказание ВМП №

3 ЭТАП - ОУЗ

3 1	Талоны на проезд предоставляются	<input type="checkbox"/> 1-да, 2-нет
3 2	Дата выдачи талонов на проезд для отдельных категорий граждан	<input type="text"/>
3 3	Нуждается в сопровождении	<input type="checkbox"/> 1- да, 2-нет
3 4	ФИО сопровождающего лица	<input type="text"/>
3 5	Дата обращения пациента в МО (согласовано с МО)	<input type="text"/>
3 6	ФИО должностного лица	<input type="text"/>
3 7	Наименование должности	<input type="text"/>
3 8	Подпись должностного лица	<input type="text"/> М П
Комментарии:		

		.						.											
--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4 ЭТАП -МО

4.1	Дата обращения пациента в МО	<input type="text"/>
4.2	Код принятого решения	<input type="checkbox"/> 1 - госпитализировать, <input type="checkbox"/> 2 - не госпитализировать, <input type="checkbox"/> 3 - отсрочить госпитализацию, причину указать в комментариях
4.3	ФИО должностного лица	<input type="text"/>
4.4	Наименование должности	<input type="text"/> М П
4.5	Подпись должностного лица	<input type="text"/> М П
Комментарии:		

		.						.											
--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5 ЭТАП -МО

5.1	Дата выписки пациента из МО	<input type="text"/>
5.2	Результат обращения за ВМП	<input type="checkbox"/> 1 ВМП оказана ВМП не оказана по причине <input type="checkbox"/> 2 - добровольного отказа пациента от ВМП, <input type="checkbox"/> 3 - рекомендован перевод в другую МО, <input type="checkbox"/> 4 - другие причины
5.3	Код диагноза при выписке (по МКБ-10)	<input type="text"/> (основной)
5.4	Код вида оказанной ВМП	<input type="text"/>
5.5	Дата проведения оперативного вмешательства	<input type="text"/>
5.6	Комментарии	<input type="text"/>
5.7	Результат госпитализации	<input type="checkbox"/> 1 - выздоровление, 2 - улучшение, <input type="checkbox"/> 3 - без перемен, 4 - ухудшение, <input type="checkbox"/> 5 - летальный исход
5.8	Рекомендовано	<input type="checkbox"/> 1 - медицинская реабилитация, <input type="checkbox"/> 2 - повторная госпитализация
5.9	ФИО должностного лица	<input type="text"/>
5.10	Наименование должности	<input type="text"/>
5.11	Подпись должностного лица	<input type="text"/> М П
Комментарии:		

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения и
социального развития
Российской Федерации
от 11 марта 2012 г. № 212Н

Медицинская документация
Учетная форма № 1-ОУЗ-3

Утверждена приказом
Минздравсоцразвития России
от 11 марта 2012 г. № 212Н

Заявка органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере
здравоохранения на оказание высокотехнологичной медицинской помощи
гражданам Российской Федерации в медицинских организациях,
подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития
Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству,
Российской академии медицинских наук на _____ год

(наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере
здравоохранения)

Код ОКПО

Код ОКАТО

Юридический адрес, почтовый адрес, адрес электронный почты

Раздел 1

№ п/п	Наименование профиля высокотехнологичной медицинской помощи	Планируемые объемы высокотехнологичной медицинской помощи (чел).	
1	2	3	
1		всего	
		из них детей	
2		всего	
		из них детей	
3		всего	
		из них детей	
4		всего	
		из них детей	
	Итого пациентов		
	В том числе детей*		

* Дети от 0 до 17 лет включительно

Раздел 2

№ п/п	Наименование профиля высокотехнологичной медицинской помощи	Планируемые объемы высокотехнологичной медицинской помощи (чел).	
1	2	3	
1		всего	
		из них детей	
2		всего	
		из них детей	
3		всего	
		из них детей	
4		всего	
		из них детей	
	Итого пациентов		
	В том числе детей*		

Руководитель органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере
здравоохранения _____

(подпись)

(Ф. И. О.)

Ответственный исполнитель _____

(Ф.И.О., должность, контактный телефон)

М.П.

Дата

Приложение № 3
к приказу Министерства здравоохранения и
социального развития Российской Федерации
от 11 марта 2012 г. № 2124

Медицинская документация

Учетная форма № 2-МО-3

Утверждена приказом Минздравсоцразвития
России

от 11 марта 2012 г. № 2124

Заявка медицинской организации, подведомственной Министерству здравоохранения и социального развития
Российской Федерации (Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук),
на оказание высокотехнологичной медицинской помощи

_____ (полное наименование медицинской организации)

на _____ ГОД

№ п/п	Наименование профиля высокотехнологичной медицинской помощи*	Дата получения лицензии на осуществление медицинской деятельности в части выполнения работ (услуг) по профилю ВМП	Число коек по заявленному профилю ВМП	Максимальный объем ВМП (потенциальная мощность медицинской организации)	Заявляемый объем ВМП за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета на _____ г. (чел.)	В том числе по детям (от 0 до 17 лет включительно) (чел.)
1	2	3	4	5	6	7
1						
2						
3						
4						

Итого		X				

* Далее – ВМП.

Руководитель медицинской организации

_____ (подпись) _____ (Ф. И. О.)

М.П.

Дата

Примечание. К заявке прилагается копия лицензии на осуществление медицинской деятельности в части выполнения работ (услуг) по профилям высокотехнологичной медицинской помощи.

Приложение № 4
к приказу Министерства здравоохранения и
социального развития Российской Федерации
от 11.09.2012 г. № 224

Медицинская документация
Учетная форма № 2-С-МО-МЗ
Утверждена приказом
Минздрава России
от 11.09.2012 г. № 224

Сводная заявка медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития
Российской Федерации (Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук),
на оказание высокотехнологичной медицинской помощи

на _____ год

№ п/п	Наименование медицинской организации с указанием профилей оказываемой высокотехнологичной медицинской помощи*	Дата получения лицензии на осуществление медицинской деятельности в части выполнения работ (услуг) по профилю ВМП	Число коек по заявленному профилю	Максимальный объем ВМП (потенциальная мощность медицинской организации)	Заявляемый объем ВМП за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета на _____ г. (чел.)	В том числе по детям (от 0 до 17 лет включительно) (чел.)
1	2	3	4	5	6	7
1						
2						
3						
4						

Итого	X				
-------	---	--	--	--	--

* Далее - ВМП

Примечание. К заявке прилагаются копии лицензий на осуществление медицинской деятельности в части выполнения работ (услуг) по профилям высокотехнологичной медицинской помощи.

Руководитель Министерства здравоохранения и социального
развития Российской Федерации, (Федерального медико-
биологического агентства, Российской академии медицинских
наук)

(подпись)

(Ф. И. О.)

М.П.

Дата

Приложение № 5

к приказу Министерства здравоохранения и
социального развития Российской Федерации
от 11 марта 2012 г. № 2/24

ОТРАСЛЕВОЕ СТАТИСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ	
Сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, находящейся в ведении субъекта Российской Федерации	
за _____ 20__ г. (квартал, год)	
Представляет ежеквартально и за отчетный год:	Сроки представления:
медицинская организация, оказывающая высокотехнологичную медицинскую помощь, * находящаяся в ведении субъекта Российской Федерации – органу исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения	квартальная – не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом; годовая – не позднее 15 января года, следующего за отчетным.
Наименование медицинской организации _____	
Юридический адрес, почтовый адрес, адрес электронной почты _____	
Код формы по ОКУД	Код
	Код
медицинской организации по ОКПО	министерства (ведомства), органа управления по ОКОГУ
территории по ОКАТО	
Отчетная форма № 67-МО-ОУЗ Утверждена приказом Минздрава России от <u>11 марта</u> 2012 г. № <u>2/24</u>	
Квартальная, годовая (нужное подчеркнуть)	

* Далее – ВМП.

№ п/п	Профили ВМП	Плановые объемы ВМП (чел.)	Сведения об объеме оказанной ВМП (чел.)						
			всего	в том числе					
			мужчины	женщины	дети	дети-инвалиды	городские жители	сельские жители	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									
2									
3									
Итого оказана ВМП									

Руководитель медицинской организации _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Ответственный исполнитель _____ (Ф.И.О., должность, контактный телефон)

Дата

М.П.

Приложение № 6
к приказу Министерства здравоохранения и
социального развития Российской Федерации
от 11 января 2012 г. № 2/КН

ОТРАСЛЕВОЕ СТАТИСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ	
Сводные сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, находящимися в ведении субъекта Российской Федерации за _____ г. (квартал, год)	
Представляет ежеквартально и за отчетный год: Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения – Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации	Сроки представления: квартальная – не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом; годовая – не позднее 20 января года, следующего за отчетным.
Наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения (ОУЗ) _____	
Юридический адрес, почтовый адрес, адрес электронной почты _____	
Код формы по ОКУД	Код
	по ОКПО
	министерства (ведомства), органа управления по ОКОГУ
	территории по ОКАТО
	Квартальная, годовая (нужное подчеркнуть)
	Отчетная форма № 67-С-ОУЗ-МЗ Утверждена приказом Минздрава России от <u>11 января</u> 2012 г. № <u>2/КН</u>

№ п/п	Сведения об объеме оказанной ВМП (чел.)										
	Профили высокотехнологичной медицинской помощи*	Плановые объемы ВМП (чел.)	в том числе							городские жители	села жители
			всего	мужчины	женщины	дети	дети-инвалиды	9	10		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Наименование медицинской организации											
1											
2											
3											
Итого оказана ВМП											

* Далее – ВМП.

Руководитель органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Ответственный исполнитель _____

(Ф.И.О., должность, контактный телефон)

М.П.

Дата

Приложение № 7
к приказу Министерства здравоохранения и
социального развития Российской Федерации
от 11 сентября 2012 г. № 2124

ОТРАСЛЕВОЕ СТАТИСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, подведомственной Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук)

за _____ 20 ____ г.
(квартал, год)

<p>Представляет ежеквартально и за отчетный год: медицинская организация, оказывающая высокотехнологичную медицинскую помощь - Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук – нужное подчеркнуть</p>	<p>Сроки представления: квартальная – не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом; годовая – не позднее 15 января года, следующего за отчетным.</p>	<p>Отчетная форма № 67-МО-МЗ Утверждена приказом Минздравсоцразвития России от <u>11.03</u> 2012 г. № <u>2124</u></p>
<p>Наименование медицинской организации _____ Юридический адрес, адрес электронной почты _____</p>		
<p>Код формы по ОКУД</p>	<p>медицинской организации по ОКПО</p>	<p>Код территории по ОКATO</p>
	<p>министерства (ведомства), органа управления по ОКОГУ</p>	
<p>Квартальная, годовая (нужное подчеркнуть)</p>		

Раздел 1. Сведения о числе граждан Российской Федерации, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь

№ п/п	Наименование профиля высокотехнологичной медицинской помощи*	Плановые объемы ВМП (чел.)	Сведения об объеме оказанной высокотехнологичной медицинской помощи (чел.)						
			всего	в том числе					
			мужчины	женщины	дети	дети-инвалиды	городские жители	сельские жители	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									
2									
Итого оказано ВМП									

* Далее – ВМП.

Раздел 2. Сведения о числе граждан Российской Федерации, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь, по субъектам Российской Федерации

№ п/п	Субъекты Российской Федерации, населению которых оказана ВМП медицинской организацией	Наименование профиля ВМП	Сведения о числе граждан, которым оказана ВМП по профилям, (чел.)					Всего
1	2	3	4	5				
		факт- всего						
		в том числе дети						
	Итого оказана ВМП							
	в том числе детям							

Руководитель медицинской организации _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Ответственный исполнитель _____ (Ф.И.О., должность, контактный телефон)

М.П. _____ Дата

Приложение № 8
к приказу Министерства здравоохранения и
социального развития Российской Федерации
от 11 января 2012 г. № 21/21

ОТРАСЛЕВОЕ СТАТИСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Сводные сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, подведомственными Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук)

за _____ 20 ____ г.
(квартал, год)

<p>Представляет ежеквартально и за отчетный год: Федеральное медико-биологическое агентство, Российская академия медицинских наук - Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации</p>	<p>Сроки представления: квартальная – не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом; годовая – не позднее 20 января года, следующего за отчетным.</p>	<p>Отчетная форма № 67-С-МО - МЗ Утверждена приказом Минздравооцразвития России от <u>11 января</u> 2012 г. № <u>21/21</u></p>
<p>Юридический адрес, почтовый адрес, адрес электронной почты _____</p>		
<p style="text-align: center;">Код</p>		
<p>Код формы по ОКУД</p>	<p>по ОКПО</p>	<p>территории по ОКАТО</p>
		<p>министерства (ведомства), органа управления по ОКОГУ</p>
<p>Квартальная, годовая (нужное подчеркнуть)</p>		

Раздел 1. Сведения о числе граждан Российской Федерации, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь

№ п/п	Наименование профиля высокотехнологичной медицинской помощи*	Плановые объемы ВМП (чел.)	Сведения об объемах оказанной ВМП (чел.)						
			всего	в том числе					
				мужчины	женщины	дети	дети-инвалиды	городские жители	села
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Наименование медицинской организации									
1									
2									
Итого оказана ВМП									

* Далее - ВМП

Раздел 2. Сведения о числе граждан Российской Федерации, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь, по субъектам Российской Федерации

№ п/п	Субъекты Российской Федерации, населению которых оказана ВМП медицинской организацией	Наименование профиля ВМП	Сведения о числе граждан, которым оказана ВМП по профилям, (чел.)					Всего
			1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5				
Наименование медицинской организации								
		факт- всего						
		в том числе дети						
	Итого оказана ВМП							
	в том числе детей							

Ответственный исполнитель _____
(Ф.И.О., должность, контактный телефон)

Руководитель Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации,
(Федерального медико-биологического агентства, Российской академии медицинских наук)

_____ (подпись)
_____ (Ф.И.О.)

М.П.

Дата

**Порядок заполнения
учетной формы № 025/у-ВМП «Талон на оказание ВМП»**

1. Учетная форма № 025/у-ВМП «Талон на оказание ВМП» (далее - Талон на оказание ВМП) является формой медицинской документации, содержащей сведения, необходимые для организации учета по каждому случаю оказания пациенту высокотехнологичной медицинской помощи (далее - ВМП). Талон на оказание ВМП заполняется на каждом этапе прохождения медицинской документации и оказания ВМП с использованием специализированной информационной системы «Информационно-аналитическая система Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» (далее – специализированная информационная система Минздравсоцразвития России) и имеет формируемый автоматически штрих-код.

2. Талон на оказание ВМП оформляется на каждого пациента на бумажном носителе и в электронном виде на основании решения Комиссии органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения по отбору больных для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (далее - Комиссия субъекта Российской Федерации).

Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения (далее - ОУЗ) осуществляет внесение информации о пациенте в Талон на оказание ВМП путем применения специализированной информационной системы Минздравсоцразвития России и организует учет оформленных Талонов на оказание ВМП.

3. Талон на оказание ВМП отражает порядок прохождения пациентом всех этапов организации оказания ВМП.

4. Все записи в Талоне на оказание ВМП осуществляются на русском языке.

5. Талон на оказание ВМП состоит из следующих разделов:

П. Паспортная часть;

С. Справочные сведения о пациенте;

6 разделов, соответствующих этапам организации оказания ВМП;

Д. Документы.

6. Номер Талона на оказание ВМП формируется автоматически и имеет следующую структуру: код субъекта Российской Федерации, в котором проживает пациент (по Общероссийскому классификатору административно-территориальных образований (ОКАТО) - 2 знака), резервный регистр (4 знака), порядковый номер очередности пациента (на территории субъекта

Российской Федерации), две последние цифры года, в котором оформлен Талон на оказание ВМП, и контрольная цифра специализированной информационной системы Минздравсоцразвития России (один знак), выбираемая случайным образом.

7. Раздел «П. Паспортная часть Талона на оказание ВМП» заполняется ОУЗ:

в пункте П.1 «Наименование ОУЗ» указывается полное наименование ОУЗ;

в пункте П.2 «ОКПО ОУЗ» указывается код ОУЗ в соответствии с Общероссийским классификатором предприятий и организаций (ОКПО);

в пункте П.3 «ОКАТО ОУЗ» указывается код территории Российской Федерации в соответствии с Общероссийским классификатором административно-территориальных образований (ОКАТО) по месту нахождения ОУЗ;

в пункте П.4 «Почтовый индекс ОУЗ» указывается почтовый индекс ОУЗ;

в пункте П.5 «Почтовый адрес ОУЗ» указывается почтовый адрес ОУЗ;

в пункте П.6 «Адрес электронной почты ОУЗ» указывается адрес электронной почты ОУЗ;

в пункте П.7 «Дата оформления талона» указывается дата оформления талона в формате – ДД/ММ/ГГ;

в пункте П.8 «Обращение пациента за ВМП» в квадрате цифрой «1» или «2» отмечается соответствующее;

в пункте П.9 «Источник финансирования оказания ВМП» - в квадрате цифрой «1» или «2» отмечается соответствующее;

в пункте П.10 «Направление на ВМП» - в квадрате цифрой «1» или «2» отмечается соответствующее;

в пунктах П.11.1 - 11.3 указываются фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента в соответствии с документом, удостоверяющим его личность;

в пункте П.12 «СНИЛС» указывается страховой номер индивидуального лицевого счета пациента в соответствии с документом, удостоверяющим его право на получение набора социальных услуг (при наличии);

в пункте П.13.1 «Наименование страховой медицинской организации» - указывается полное наименование страховой медицинской организации, выдавшей полис обязательного медицинского страхования пациенту (при его наличии);

в пункте П.13.2 «Номер полиса ОМС» указывается номер полиса обязательного медицинского страхования пациента (при наличии);

в пунктах П.14.1 - П.14.4 указываются реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента (серия и номер, кем и когда выдан документ, дата выдачи);

в пункте П.15 указывается адрес регистрации по месту жительства пациента в соответствии с документом, удостоверяющим личность;

в пункте П.16 «Контактный телефон» указывается контактный телефон пациента;

в пункте П.17 «Согласен(а) на использование персональных данных для организации ВМП» указывается соответствующее решение пациента словами (да/нет) на основании Заявления о согласии на обработку персональных данных (приложение к настоящему Порядку).

8. Раздел «С. Справочные сведения о пациенте» (заполняется ОУЗ):

в пункте С.1 «Пол» в квадрате цифрами «1» и «2» отмечается соответствующее;

в пункте С.2 «Дата рождения» указывается дата рождения пациента в формате – ДД/ММ/ГГ;

в пункте С.3 «Житель город/село» в квадрате цифрами «1» и «2» указывается соответствующее;

в пункте С.4 «Категория льготы» в квадрате цифрой «0», «1», «2», «3», «4», «5», «6», «7», «8» или «9» отмечается соответствующее, при этом цифрой «0» отмечаются категории граждан, не имеющие льгот, цифрами «1»-«9» отмечаются категории граждан, имеющие право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг в соответствии со статьей 6.1 Федерального закона от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 29, ст. 3699; 2004, № 35, ст. 3607; 2006, № 48, ст. 4945; 2007, № 43, ст. 5084; 2008, № 9, ст. 817; № 29, ст. 3410; № 52, ст. 6224; 2009, № 18, ст. 2152; № 30, ст. 3739; № 52, ст. 6417; 2010, № 50, ст. 6603; 2011, № 27, ст. 3880);

в пункте С.5 «Социальная группа» - в квадрате цифрами «1», «2», «3», «4», «5» и «6» указывается соответствующее.

9. Раздел «1 ЭТАП – ОУЗ» заполняется ОУЗ:

в пункте 1.1 «Код принятого решения» - в квадрате цифрами «1», «2» или «3» указывается соответствующее решение Комиссии субъекта Российской Федерации;

в пункте 1.2 «Дата принятия решения» указывается дата принятия решения Комиссией субъекта Российской Федерации в формате ДД/ММ/ГГ;

в пункте 1.3 «Код диагноза по МКБ-10» указывается код диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра (далее - МКБ-10) на основании представленной медицинской документации пациента;

в пункте 1.4 «Код вида ВМП» указывается код вида ВМП в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 28 декабря 2011 г. №1690н «Об утверждении перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи» (зарегистрирован Минюстом России 8 февраля 2012 г. № 23163);

в пункте 1.5 «Наименование МО» указывается полное наименование медицинской организации (в соответствии с ее учредительными документами) в которую направляются сведения о пациенте;

в пункте 1.6 «Дата направления документов в МО» указывается дата

направления в медицинскую организацию документов пациента в формате ДД/ММ/ГГ;

в пунктах 1.7 - 1.10 указываются фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, номер служебного телефона, адрес электронной почты и ставится подпись должностного лица ОУЗ, ответственного за направление пациентов в медицинскую организацию для оказания ВМП;

поле «Комментарии» предназначено для особых отметок Комиссии субъекта Российской Федерации.

10. Раздел «2 ЭТАП – МО» заполняется медицинской организацией, в которую поступили медицинские документы пациента для оказания ВМП:

в пункте 2.1 «Дата получения документов от ОУЗ» указывается дата получения Талона на оказание ВМП и медицинской документации, необходимой для принятия решения о госпитализации пациента с целью оказания ВМП в формате ДД/ММ/ГГ;

в пункте 2.2 «Код принятого решения» в квадрате цифрами «1», «2», «3», «4» указывается соответствующее решение Комиссии медицинской организации по отбору больных на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Комиссия медицинской организации) в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, путем применения специализированной информационной системы, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 28 декабря 2011 г. № 1689н (зарегистрирован Минюстом России 8 февраля 2012 г. № 23164):

в случае принятия решения о наличии медицинских показаний для госпитализации пациента в медицинскую организацию для оказания ВМП ставится «1»;

в случае принятия решения об отсутствии медицинских показаний для госпитализации пациента в медицинскую организацию для оказания ВМП ставится «2»;

в случае принятия решения о наличии медицинских показаний для направления пациента на проведение дополнительного обследования ставится «3», при этом обоснование требуемых видов обследований и разъяснения по оформлению документов отражаются в поле «Комментарии»;

в случае принятия решения о наличии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи ставится «4»;

в пункте 2.3 «Дата принятия решения» указывается дата принятия решения Комиссией МО в формате – ДД/ММ/ГГ;

в пункте 2.4 «Код вида ВМП» указывается код вида ВМП в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 28 декабря 2011 г. № 1690н «Об утверждении перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи» (зарегистрирован Минюстом России 8 февраля 2012 г. № 23163);

в пункте 2.5 «Дата планируемой госпитализации» указывается дата планируемой госпитализации пациента в медицинскую организацию в формате – ДД/ММ/ГГ после принятого решения 4 ЭТАПА;

в пункте 2.6 «Дата отсроченной госпитализации» указывается дата отсроченной госпитализации пациента в формате ДД/ММ/ГГ после принятого решения 4 ЭТАПА;

в пункте 2.7 «Дата уведомления ОУЗ и пациента о дате планируемой госпитализации в МО» указывается дата уведомления ОУЗ и пациента о дате планируемой госпитализации в медицинскую организацию в формате ДД/ММ/ГГ;

в пункте 2.8 «Способ уведомления» в квадрате цифрами «1», «2» или «3» указывается соответствующий способ уведомления (почта, телефонограмма, электронная почта);

в пунктах 2.9 - 2.12 указываются фамилия, имя, отчество, должность, номер служебного телефона, адрес электронной почты и ставится подпись должностного лица, ответственного за направление пациентов на ВМП в медицинской организации;

поле «Комментарии» предназначено для особых отметок Комиссии медицинской организации.

11. Раздел «3 ЭТАП – ОУЗ» заполняется ОУЗ:

пункты 3.1 «Талоны на проезд предоставляются» и 3.2 «Дата выдачи талонов на проезд для отдельных категорий граждан» заполняются в случае, если пациент относится к категории граждан, имеющих право на бесплатный проезд к месту лечения и обратно: в пункте 3.1 цифрами «1» или «2» указывается соответствующее, в пункте 3.2 указывается дата выдачи талона на проезд в формате ДД/ММ/ГГ;

пункты 3.3 и 3.4 заполняются в случае, если пациент нуждается в сопровождении: в пункте 3.3 «Нуждается в сопровождении» в квадрате цифрами «1» или «2» указывается соответствующее, в пункте 3.4 «ФИО сопровождающего лица» указываются данные сопровождающего лица;

в пункте 3.5 «Дата обращения пациента в МО (согласовано с МО)» указывается дата обращения пациента в медицинскую организацию, которая должна быть согласована ОУЗ с медицинской организацией;

в пунктах 3.6 - 3.8 указываются фамилия, имя, отчество (при наличии), должность и ставится подпись должностного лица ОУЗ, отвечающего за направление пациентов на ВМП;

поле «Комментарии» предназначено для особых отметок Комиссии субъекта Российской Федерации.

12. Раздел «4 ЭТАП – МО» заполняется медицинской организацией, в которую поступил пациент для оказания ВМП:

в пункте 4.1 «Дата обращения пациента в МО» указывается дата обращения пациента в медицинскую организацию с целью госпитализации для оказания ВМП;

в пункте 4.2 «Код принятого решения» в квадрате цифрами «1», «2» или «3» указывается соответствующее, при этом в случае необходимости

отсрочить дату госпитализации пациента для оказания ВМП одновременно указывается дата отсроченной госпитализации в пункте 2.7 раздела «2 ЭТАП – МО»;

в пунктах 4.3 - 4.5 указываются фамилия, имя, отчество (при наличии), должность и ставится подпись должностного лица, ответственного за организацию госпитализации пациентов для оказания ВМП в медицинской организации;

поле «Комментарии» предназначено для особых отметок Комиссии медицинской организации.

13. Раздел «5 ЭТАП – МО» заполняется медицинской организацией, в которой была оказана ВМП пациенту:

в пункте 5.1 «Дата выписки пациента из МО» указывается дата в формате ДД/ММ/ГГ;

в пункте 5.2 «Результат обращения за ВМП» в квадрате цифрами «1», «2», «3» или «4» указывается соответствующее;

в пункте 5.3 «Код диагноза при выписке по МКБ-10» указывается код диагноза основного заболевания в соответствии с МКБ-10;

в пункте 5.4 «Код вида оказанной ВМП» указываются код вида ВМП и метод лечения в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 28 декабря 2011 г. № 1690н «Об утверждении перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи» (зарегистрирован Минюстом России 8 февраля 2012 г. № 23163);

в пункте 5.5 «Дата проведения оперативного вмешательства» указывается дата в формате ДД/ММ/ГГ;

в пункте 5.6 «Результат госпитализации» в квадрате цифрами «1», «2», «3», «4» или «5» указывается соответствующее;

в пункте 5.7 «Рекомендовано» в квадрате цифрами «1» или «2» указывается соответствующее;

в пунктах 5.8 - 5.10 указываются фамилия, имя, отчество (при наличии), должность и ставится подпись должностного лица, ответственного за организацию госпитализации пациентов для оказания ВМП в медицинской организации;

поле «Комментарии» предназначено для особых отметок Комиссии медицинской организации.

14. Раздел «6 ЭТАП-ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОУЗ» заполняется ОУЗ:

в пункте 6.1 «Завершение лечения по ВМП» в случае завершения лечения по ВМП в квадрате ставится знак «V»;

в пункте 6.2 «Отказано» указывается причина отказа в оказании ВМП на любом этапе;

в пункте 6.3 «Рекомендована медицинская реабилитация после оказания ВМП» в квадрате цифрами «1» или «2» указывается соответствующее;

в пункте 6.4 «Дата принятия решения о проведении медицинской реабилитации» указывается дата в формате ДД/ММ/ГГ;

в пункте 6.5 «Проведена медицинская реабилитация» в квадрате

цифрами «1» или «2» указывается соответствующее;

в пунктах 6.6 - 6.8 указываются фамилия, имя, отчество (при наличии), должность и ставится подпись должностного лица ОУЗ;

поле «Комментарии» предназначено для особых отметок Комиссии ОУЗ.

15. К Талону на оказание ВМП прилагаются документы пациента на бумажном носителе и (или) в электронном виде, необходимые для принятия решения о направлении его в медицинскую организацию для оказания ВМП, в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, путем применения специализированной информационной системы, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 28 декабря 2011 г. № 1689н (зарегистрирован Минюстом России 8 февраля 2012 г. № 23164).

Опись указанных документов приводится в разделе «Д. Документы» Талона на оказание ВМП.

Приложение к Порядку заполнения учетной
формы № 025/у-ВМП

«Талон на оказание ВМП»

(рекомендуемый образец)

В _____
наименование органа исполнительной

власти субъекта Российской Федерации

в сфере здравоохранения

ЗАЯВЛЕНИЕ о согласии на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

даю согласие _____
(наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере
здравоохранения)

на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении,
с целью организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

1. Дата рождения _____
(число, месяц, год)

2. Пол _____
(женский, мужской - указать нужное)

3. Документ, удостоверяющий личность _____
(наименование, номер и
серия, кем и когда выдан)

4. Адрес по месту жительства _____
(почтовый адрес по месту жительства)

5. Адрес фактического проживания _____
(почтовый адрес фактического проживания, контактный телефон)

6. Серия, № полиса обязательного медицинского страхования (при наличии),
наименование страховой медицинской организации, осуществляющей
деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при
наличии) _____

8. Сведения о законном представителе

_____ (фамилия, имя, отчество)

_____ (почтовый адрес места жительства, фактического проживания, телефон)

9. Дата рождения законного представителя

_____ (число, месяц, год)

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя

_____ (наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя

_____ (наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

Примечание. Пункты с 8 по 11 настоящего заявления заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации.

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в настоящем заявлении согласен (согласна).

(нужное подчеркнуть)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____

зарегистрированы _____

(№ Талона на оказание ВМП)

Принял

_____ (Ф.И.О. специалиста)

_____ (дата приема заявления)

_____ (подпись специалиста)

----- (линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____

(№ Талона на оказание ВМП)

Принял

_____ (Ф.И.О. специалиста)

_____ (дата приема заявления)

_____ (подпись специалиста)

**Порядок заполнения учетной формы № 1-ОУЗ-3
«Заявка органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации
в сфере здравоохранения на оказание высокотехнологичной
медицинской помощи гражданам Российской Федерации в медицинских
организациях, подведомственных Министерству здравоохранения и
социального развития Российской Федерации, Федеральному медико-
биологическому агентству, Российской академии медицинских наук»**

1. Учетная форма № 1-ОУЗ-3 «Заявка органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в медицинских организациях, подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук» (далее - Заявка) формируется органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения (далее - ОУЗ) и представляется Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации на бумажных носителях и (или) в электронном виде ежегодно, не позднее 1 октября года, предшествующего плановому году.

2. При заполнении титульной части Заявки:

в строке «на _____ год» указывается плановый год (формат ГГГГ), на который подается Заявка;

в строке «наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения» указывается полное наименование ОУЗ;

в строке «Код ОКПО» указывается код ОУЗ в соответствии с Общероссийским классификатором предприятий и организаций (ОКПО);

в строке «Код ОКАТО» указывается код территории Российской Федерации по месту нахождения ОУЗ в соответствии с Общероссийским классификатором административно-территориальных образований (ОКАТО);

в строке «Юридический адрес, почтовый адрес, адрес электронной почты» указывается юридический адрес, почтовый адрес и адрес электронной почты ОУЗ.

3. В разделе 1 Заявки указываются планируемые объемы оказания высокотехнологичной медицинской помощи (далее-ВМП) в медицинских организациях, подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук:

в графе 1 «№ п/п» указывается номер строки по порядку;

в графе 2 «Наименование профиля высокотехнологичной медицинской помощи» указываются профили ВМП, оказываемой в медицинских организациях, подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук;

в графе 3 - указываются:

по подстроке «всего» - число пациентов по соответствующим профилям ВМП, которых ОУЗ планирует направить на оказание ВМП в плановом году в медицинские организации, подведомственные Министерству здравоохранения и социальному Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук;

в строке «из них детей» - число детей по соответствующим профилям ВМП, которых ОУЗ планирует направить на оказание ВМП в плановом году в медицинские организации, подведомственные Министерству здравоохранения и социальному Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук;

в строке «Итого пациентов» указывается сумма всех подстрок «всего» графы 3;

в строке «В том числе детей» указывается сумма всех подстрок «из них детей» графы 3.

4. В разделе 2 Заявки указываются планируемые объемы ВМП за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации в медицинских организациях, находящихся в ведении субъекта Российской Федерации;

в графе 1 «№ п/п» указывается номер строки по порядку;

в графе 2 «Наименование профиля высокотехнологичной медицинской помощи» указываются профили высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, находящихся в ведении субъекта Российской Федерации;

в графе 3 - указываются:

по подстроке «всего» - число пациентов по соответствующим профилям ВМП, которых ОУЗ планирует направить на оказание ВМП в плановом году в медицинские организации, находящиеся в ведении субъекта Российской Федерации;

по подстроке «из них детей» - число детей по соответствующим профилям ВМП, которых ОУЗ планирует направить на оказание ВМП в плановом году в медицинские организации, находящиеся в ведении субъекта Российской Федерации;

в строке «Итого пациентов» указывается сумма всех подстрок «всего» графы 3;

в строке «В том числе детей» указывается сумма всех подстрок «из них детей» графы 3.

5. Заявка подписывается руководителем ОУЗ и заверяется печатью.

Порядок заполнения учетной формы № 2-МО-3 «Заявка медицинской организации, подведомственной Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук), на оказание высокотехнологичной медицинской помощи»

1. Учетная форма № 2-МО-3 «Заявка медицинской организации, подведомственной Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук), на оказание высокотехнологичной медицинской помощи» (далее - Заявка МО) заполняется каждой медицинской организацией, подведомственной Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук), и представляется на бумажном носителе и (или) в электронном виде соответственно Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук ежегодно, не позднее 1 сентября года, предшествующего плановому году.

2. При заполнении Заявки МО:

в строке «полное наименование медицинской организации» указывается полное наименование медицинской организации в соответствии с ее учредительными документами;

в строке «на _____ год» указывается плановый год в формате ГГГГ, на который подается Заявка МО;

в графе 1 «№ п/п» указывается номер строки по порядку;

в графе 2 «Наименование профиля высокотехнологичной медицинской помощи» в каждой строке указывается наименование профиля высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП), по которым медицинская организация планирует оказание ВМП гражданам Российской Федерации в плановом году;

в графе 3 «Дата получения лицензии на осуществление медицинской деятельности в части выполнения работ (услуг) по профилю высокотехнологичной медицинской помощи» указывается дата получения медицинской организацией лицензии на медицинскую деятельность в части выполнения работ (услуг) по соответствующему строке заявленному профилю ВМП;

в графе 4 «Число коек по заявленному профилю ВМП» указывается число имеющихся в медицинской организации коек по соответствующему

строке профилю ВМП;

в графе 5 «Максимальный объем ВМП (потенциальная мощность медицинской организации)» указывается максимально возможное количество больных, которым может быть оказана ВМП по каждому заявленному профилю в год;

в графе 6 «Заявляемый объем ВМП за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета на _____ год» указывается объем ВМП по количеству больных, которым планируется оказать ВМП по каждому заявленному профилю ВМП в год;

в графе 7 «В том числе по детям (от 0 до 17 лет включительно)» указывается объем ВМП по количеству детей, которым планируется оказать ВМП (от 0 до 17 лет) на следующий год по каждому заявленному профилю ВМП;

в строке «Итого» указываются суммы всех строк по графам с 4 по 7.

3. Заявка МО подписывается руководителем медицинской организации и заверяется печатью.

Порядок заполнения учетной формы № 2-С-МО-МЗ «Сводная заявка медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения и социальному Российской Федерации (Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук) на оказание высокотехнологичной медицинской помощи»

1. Учетная форма № 2-С-МО-МЗ «Сводная заявка медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения и социальному Российской Федерации (Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук) на оказание высокотехнологичной медицинской помощи» (далее – Сводная заявка МО) формируется на бумажном носителе и (или) в электронном виде Федеральным медико-биологическим агентством, Российской академии медицинских наук в отношении подведомственных медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь (далее – медицинская организация), и представляется Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации ежегодно, не позднее 1 октября года, предшествующего плановому году.

2. В отношении медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Сводная заявка МО формируется Департаментом высокотехнологичной медицинской помощи Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

3. При заполнении Сводной заявки МО:

в строке «на _____ год» указывается плановый год (формат ГГГГ), на который подается Заявка МО;

в графе 1 «№» указывается номер строки по порядку;

в графе 2 «Наименование медицинской организации с указанием профилей оказываемой высокотехнологичной медицинской помощи» в каждой строке указывается наименование медицинской организации и профилей высокотехнологичной медицинской помощи, по которым медицинская организация планирует оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в следующем году;

в графе 3 «Дата получения лицензии на осуществление медицинской деятельности в части выполнения работ (услуг) по профилю высокотехнологичной медицинской помощи» указывается дата получения медицинской организацией лицензии на осуществление медицинской деятельности в части выполнения работ (услуг) по каждому заявленному профилю ВМП в формате ДД/ММ/ГГ;

в графе 4 «Число коек по заявленному профилю» указывается число

имеющихся в медицинской организации коек по каждому профилю ВМП;

в графе 5 «Максимальный объем ВМП (потенциальная мощность медицинской организации)» указывается максимально возможное количество больных, которым может быть оказана ВМП по каждому заявленному профилю в год;

в графе 6 «Заявляемый объем ВМП за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета на _____ г. (чел.)» указывается плановый объем ВМП по количеству больных, которым планируется оказать ВМП по каждому заявленному профилю ВМП в год;

в графе 7 «В том числе по детям (от 0 до 17 лет включительно) (чел.)» указывается объем ВМП по количеству детей, которым планируется оказать ВМП (от 0 до 17 лет) на следующий год по каждому заявленному профилю ВМП;

в строке «Итого» указываются суммы всех строк по графам с 4 по 7.

4. Заявка МО подписывается уполномоченным заместителем руководителя Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, руководителем Федерального медико-биологического агентства, Российской академии медицинских наук и заверяется печатью.

**Порядок заполнения
отчетной формы № 67-МО-ОУЗ «Сведения об объеме
высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинской
организацией, находящейся в ведении субъекта Российской Федерации»**

1. Отчетная форма № 67-МО-ОУЗ «Сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, находящейся в ведении субъекта Российской Федерации» (далее - форма № 67-МО-ОУЗ) составляется на основании данных, содержащихся в учетной форме № 025/у-ВМП «Талон на оказание ВМП», утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 11 марта 2012 г. № 212н (далее - Талон на оказание ВМП).

2. Форма № 67-МО-ОУЗ представляется на бумажном носителе и (или) в электронном виде каждой оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь (далее – ВМП) медицинской организацией, находящейся в ведении субъекта Российской Федерации (далее - медицинская организация) органу исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения в следующие сроки:

а) квартальная - не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом;

б) годовая - не позднее 15 января года, следующего за отчетным годом.

3. Форма № 67-МО-ОУЗ включает сведения о числе пациентов, для которых в пункте П.9 Талона на оказание ВМП источник финансового обеспечения определен цифрой 2 «субсидия федерального бюджета + средства бюджета субъекта Российской Федерации».

4. При заполнении титульной части формы № 67-МО-ОУЗ:

в строке «Наименование медицинской организации» указывается полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами;

в строке «Юридический адрес, почтовый адрес, адрес электронной почты» указывается юридический адрес, почтовый адрес и адрес электронной почты;

в графах «Код формы по ОКУД»; «Код медицинской организации по ОКПО»; «Код территории по ОКАТО»; «Код министерства (ведомства), органа управления по ОКОГУ» указывается соответствующее.

5. Форма № 67-МО-ОУЗ формируется следующим образом:

в графе 2 указываются профили ВМП, оказываемой медицинской организацией;

в графе 3 указываются плановые объемы ВМП по каждому профилю;

в графе 4 указывается число пациентов, которым оказана ВМП по каждому профилю;

в графах с 5 по 10 указывается число мужчин, женщин, детей, детей-инвалидов, городских жителей и жителей села из числа пациентов, которым оказана ВМП по соответствующим профилям;

в строке «Итого оказана ВМП» указывается сумма всех строк по каждой из граф с 3 по 10 в отдельности.

6. Форма № 67-МО-ОУЗ подписывается руководителем медицинской организации, заверяется печатью медицинской организации.

Приложение № 14
к приказу Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
от « 11 » марта 2012 г. № 212н

Порядок заполнения отчетной формы № 67-С-ОУЗ-МЗ «Сводные сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, находящимися в ведении субъекта Российской Федерации»

1. Отчетная форма № 67-С-ОУЗ-МЗ «Сводные сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, находящимися в ведении субъекта Российской Федерации» (далее - форма № 67-С-ОУЗ-М) составляется на основании формы № 67-МО-ОУЗ «Сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, находящейся в ведении субъекта Российской Федерации», утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 11 марта 2012 г. № 212н.

2. Форма № 67-С-ОУЗ-МЗ заполняется органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения отдельно по каждой медицинской организации, находящейся в ведении субъекта Российской Федерации (далее - медицинская организация), и представляется на бумажном носителе и (или) в электронном виде Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации в следующие сроки:

а) квартальная - не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом;

б) годовая - не позднее 20 января года, следующего за отчетным годом.

3. Форма № 67-С-ОУЗ-МЗ исключает использование личных данных пациента и включает сведения о пациентах, содержащиеся в учетной форме №025/у - ВМП «Талон на оказание ВМП», утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 11 марта 2012 г. № 212н, для которых в пункте П.9 источник финансирования определен цифрой 2 «субсидии федерального бюджета + средства бюджета субъекта Российской Федерации».

4. При заполнении титульной части формы № 67-С-МО-ОУЗ:

в строке «Наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения (ОУЗ)» указывается наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения;

в строке «Юридический адрес, почтовый адрес, адрес электронной почты» указывается юридический адрес, почтовый адрес и адрес электронной почты ОУЗ;

в графах «Код формы по ОКУД»; «Код по ОКПО»; «Код территории

по ОКАТО»; «Код министерства (ведомства), органа управления по ОКОГУ» указывается соответствующее.

5. Форма № 67-С-ОУЗ-МЗ формируется следующим образом:

в строке «Наименование медицинской организации» указываются полные наименования медицинских организаций в соответствии с их учредительными документами по порядку;

в графе 2 указываются профили ВМП, оказываемые медицинскими организациями, находящимися в ведении субъекта Российской Федерации;

в графе 3 указываются плановые объемы ВМП по каждому профилю;

в графе 4 указывается число больных, которым оказана ВМП по каждому профилю;

в графах с 5 по 10 указывается число мужчин, женщин, детей, детей-инвалидов, городских жителей и жителей села из числа больных, которым оказана ВМП по соответствующим профилям;

в строке «Итого оказана ВМП» указывается сумма всех строк по каждой из граф с 3 по 10 в отдельности.

6. Форма № 67-С-ОУЗ-МЗ подписывается руководителем органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения и заверяется печатью.

**Порядок заполнения отчетной формы № 67-МО-МЗ
«Сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи,
оказанной медицинской организацией, подведомственной Министерству
здравоохранения и социального развития Российской Федерации
(Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии
медицинских наук)»**

1. Отчетная форма № 67-МО-МЗ «Сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, подведомственной Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук)» (далее - форма № 67-МО-МЗ) составляется на основании данных учетной формы № 025/у-ВМП «Талон на оказание ВМП», утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 11 марта 2012г. № 212н (далее - Талон на оказание ВМП).

2. Форма № 67-МО-МЗ заполняется и представляется на бумажном носителе и (или) в электронном виде:

а) медицинскими организациями, оказывающими высокотехнологичную медицинскую помощь (далее - ВМП), подведомственными Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, - Департаменту высокотехнологичной медицинской помощи, указанного Министерства;

б) медицинскими организациями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, - Федеральному медико-биологическое агентству;

в) медицинскими организациями, подведомственными Российской академии медицинских наук, - Российской академии медицинских наук.

3. Форма № 67-МО-МЗ представляется в следующие сроки:

а) квартальная - не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом;

б) годовая - не позднее 15 января года, следующего за отчетным годом.

4. Форма № 67-МО-МЗ исключает использование личных данных пациентов и состоит из двух разделов:

а) раздел 1 «Сведения о числе граждан Российской Федерации, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь» включает сведения о пациентах, для которых в пункте П.9 Талона на оказание ВМП источник финансирования определен цифрой «1 - федеральный бюджет»;

б) раздел 2 «Сведения о числе граждан Российской Федерации, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь по субъектам

Российской Федерации» содержит сведения об объеме оказанной ВМП, каждой медицинской организацией, подведомственной Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук по субъектам Российской Федерации.

5. При заполнении формы № 67- МО-МЗ:

в строке «Наименование медицинской организации» указывается полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами, почтовый адрес и адрес электронной почты;

в строке «Юридический адрес, почтовый адрес, адрес электронной почты» указывается юридический адрес, почтовый адрес и адрес электронной почты;

в графах «Код формы по ОКУД»; «Код медицинской организации по ОКПО»; «Код территории по ОКАТО»; «Код министерства (ведомства), органа управления по ОКОГУ» указывается соответствующее.

6. При заполнении раздела 1 «Сведения о числе граждан Российской Федерации, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь»:

в графе 2 указываются профили ВМП, оказываемой медицинской организацией по порядку;

в графе 3 указываются плановые объемы ВМП, утвержденные в установленном порядке;

в графе 4 указывается число больных, которым оказана ВМП по данному профилю;

в графах с 5 по 10 указывается число мужчин, женщин, детей, детей-инвалидов, городских жителей и жителей села из числа больных, которым оказана ВМП по соответствующим профилям;

в строке «Итого оказана ВМП» указывается сумма всех строк по каждой из граф с 3 по 10 в отдельности.

7. При заполнении раздела 2 «Сведения о числе граждан Российской Федерации, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь по субъектам Российской Федерации»:

в графе 1 указывается номер строки по порядку;

в графе 2 указывается перечень субъектов Российской Федерации, населению которых оказана ВМП медицинской организацией;

в графе 3:

по строкам «факт – всего» и соответствующим подстрокам «в том числе дети» указывается число больных, которым оказана ВМП по соответствующим профилям медицинской организацией за отчетный период;

в графе «Всего» указывается сумма всех граф по каждому субъекту Российской Федерации отдельно;

в итоговой строке «Итого оказано ВМП» и соответствующей подстроке «в том числе детей» указывается сумма всех строк и соответствующих подстрок «в том числе дети» по каждой из граф в отдельности.

8. Форма № 67-МО-МЗ подписывается руководителем медицинской организации и заверяется печатью.

**Порядок заполнения отчетной формы № 67-С-МО-МЗ
«Сводные сведения об объемах высокотехнологичной медицинской
помощи, оказанной медицинскими организациями, подведомственными
Министерству здравоохранения и социального развития Российской
Федерации (Федеральному медико-биологическому агентству,
Российской академии медицинских наук)»**

1. Отчетная форма № 67-С-МО-МЗ «Сводные сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, подведомственными Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук)» (далее - форма № 67-С-МО-МЗ) составляется на основании отчетной формы № 67-МО-МЗ «Сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, подведомственной Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук)», утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 11 марта 2012г. № 212н.

2. Форма № 67-С-МО-МЗ формируется на бумажном носителе и (или) в электронном виде Федеральным медико-биологическим агентством, Российской академии медицинских наук в отношении подведомственных медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь (далее соответственно – медицинская организация, ВМП), и представляется Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации в следующие сроки:

а) квартальная - не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом;

б) годовая - не позднее 20 января года, следующего за отчетным годом.

В отношении медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, форма № 67-С-МО-МЗ формируется в указанные сроки Департаментом высокотехнологичной медицинской помощи Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

3. Форма № 67-С-МО-МЗ исключает использование личных данных пациента и состоит из двух разделов:

а) раздел 1 «Сведения о числе граждан Российской Федерации, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь» включает

сведения о пациентах, для которых в пункте П.9 учетной формы № 025/у-ВМП «Талон на оказание ВМП», утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 11 марта 2012 г. № 212н, источник финансирования определен цифрой 1 «федеральный бюджет»;

б) раздел 2 «Сведения о числе граждан Российской Федерации, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь по субъектам Российской Федерации» содержит сведения об объеме оказанной ВМП каждой медицинской организацией, подведомственной Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук, по субъектам Российской Федерации.

4. При заполнении в титульной части формы № 67-С-МО-МЗ:

в графах «Юридический адрес, почтовый адрес, адрес электронной почты» указывается юридический адрес, почтовый адрес и адрес электронной почты;

в графах «Код формы по ОКУД»; «Код по ОКПО»; «Код территории по ОКАТО»; «Код министерства (ведомства), органа управления по ОКОГУ» указывается соответствующее.

5. При заполнении раздела 1 «Сведения о числе граждан Российской Федерации, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь»:

в строке «Наименование медицинской организации» указываются полные наименования медицинских организаций в соответствии с их учредительными документами по порядку;

в графе 2 указываются профили ВМП;

в графе 3 указывается плановые объемы по каждому профилю ВМП утвержденные в установленном порядке;

в графе 4 указывается число больных, которым оказана ВМП по данному профилю ВМП;

в графах с 5 по 10 указывается число мужчин, женщин, детей, детей-инвалидов, городских жителей и жителей села из числа больных, которым оказана ВМП по соответствующим профилям ВМП;

в строке «Итого оказана ВМП» указывается сумма всех строк по каждой из граф с 3 по 10 в отдельности.

6. При заполнении раздела 2 «Сведения о числе граждан Российской Федерации, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь по субъектам Российской Федерации»:

в строке «Наименование медицинской организации» указываются полные наименования медицинских организаций в соответствии с их учредительными документами по порядку;

в графе 1 указывается номер субъекта Российской Федерации по порядку;

в графе 2 указываются субъекты Российской Федерации, населению которых оказана ВМП медицинской организацией;

по строкам «факт – всего» и соответствующим подстрокам «в том числе дети» указывается количество больных, которым оказана ВМП по

соответствующим профилям ВМП, медицинской организацией за отчетный период;

в графе «Всего» указывается сумма всех граф по каждому субъекту Российской Федерации отдельно;

в итоговой строке «Итого оказана ВМП» и соответствующей подстроке «в том числе детей» указывается сумма всех строк и соответствующих подстрок «в том числе дети» по каждой из граф в отдельности.

6. Форма № 67-С-МО-МЗ подписывается уполномоченным заместителем руководителя Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, руководителем Федерального медико-биологического агентства, Российской академии медицинских наук и заверяется печатью.