Председателю комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования,
Министру здравоохранения
Владимирской области

А.А. Осипову

Секретарю комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, первому заместителю директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Владимирской области

О.Ю. Серковой

**ЗАЯВКА**

на изменение плановых объемов и их финансового обеспечения, установленных комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования

на 20\_\_\_ год

**I. Сведения о медицинской организации**

Наименование медицинской организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер медицинской организации по реестру: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. Цель заявки -** изменение установленных комиссией объемов:

□ посещений с профилактической и иными целями

□ посещений в неотложной форме

□ обращений по поводу заболевания

□ отдельных видов диагностических исследований (услуг), в том числе диагностических

□ медицинской помощи в условиях дневного стационара

□ медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара

□ скорой медицинской помощи

***Условия и виды оказания медицинской помощи (указать какие именно):***

| Профиль медицинской помощи / врачебная специальность | Плановые показатели, установленные комиссией на год | Фактическое исполнение за истекший период (по оплате) | Ожидаемое исполнение по итогам года (предложение по установлению планового показателя на год) | Отклонение ожидаемого исполнения от планового показателя, установленного комиссией на год |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | объемы |  |  |  |  |
| руб. |  |  |  |  |
|  | объемы |  |  |  |  |
| руб. |  |  |  |  |
|  | объемы |  |  |  |  |
| руб. |  |  |  |  |
| **ИТОГО**  | **объемы** |  |  |  |  |
| **руб.** |  |  |  |  |

**III. Обоснование заявки** (с указанием причин перевыполнения (невыполнения) объемов в соответствии с п. 5.1 Регламента, а также степенью влияния на демографические показатели (рождаемости, смертности, заболеваемости и т.д.) муниципального образования, региона):

Приложение: на \_\_\_ л. (при наличии)

Удовлетворение настоящей заявки потребует внесения изменений в:

**□** тарифное соглашение

□ классификатор медицинских услуг

□ справочник тарифов на оплату медицинской помощи

Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Исполнитель:

тел.:

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Заключение Министерства здравоохранения Владимирской области:**