

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ -
РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

295006, ул. А. Невского 17 – а, г. Симферополь,
Телефон: (0652) 54-71-16

26.12.14 № 12-15/08/1120

На _____ от _____

Об обеспечении родовыми
сертификатами

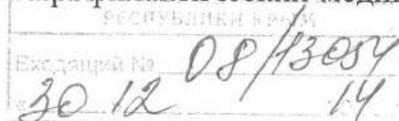
Министру здравоохранения
Республики Крым
Могилевскому А.А.

Пр. Кирова, 13,
г. Симферополь, 295005.

Уважаемый Александр Алексеевич!

Государственное учреждение – региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Крым информирует Вас.

Согласно постановления Правительства Российской Федерации от 31.12.2010г. № 1233 утверждена «Типовая форма договора между территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации и медицинской организацией об оплате услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также проведению профилактических медицинских осмотров ребенка в течении первого года жизни», «Правила финансового обеспечения расходов на оплату медицинским организациям услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также проведению профилактических медицинских осмотров ребенка в течение первого года жизни». Приказа Минздравсоцразвития РФ от 28.11.2005г. № 701 «О родовом сертификате (вместе с «Инструкцией по заполнению родового сертификата», «Порядком обеспечения родовыми сертификатами государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, их учета и хранения»), Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.07.2014 г. № 370н «Об утверждении порядка и условий оплаты медицинским организациям услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также проведению профилактических медицинских



осмотров ребенка в течение первого года жизни». Государственное учреждение – региональное отделение Фонда социального Российской Федерации по Республике Крым, на основании письма от 12.12.2014 г. № 12-13/08/1033 получило бланки родовых сертификатов в количестве 2700 штук.

До настоящего времени представители медицинских организаций Республики Крым не обращались в ГУ – региональное отделение ФСС РФ по РК для заключения «Договора между территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации и медицинской организацией об оплате услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также проведению профилактических медицинских осмотров ребенка в течении первого года жизни». Рекомендуем ознакомить руководителей медицинских организаций с прилагаемыми примерными образцами документов (см. Приложение), необходимыми для заключения договоров и оказать содействие в своевременном заключении договоров.

Приложение: на 9-ти листах в одном экземпляре:

1. Перечень документов для заключения договора – на 1-ом листе;
2. Образец «Заявление о заключении договора» - на 1-ом листе;
3. Образец «Опись документов» - на 1-ом листе;
4. Образцы «Договор (об оплате услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также проведению профилактических медицинских осмотров ребенка в течение первого года жизни)» - на 6 листах.

И.о. управляющего



В.Г. Потеряйко



РЕСПУБЛИКА КРЫМ
СОВЕТ МИНИСТРОВ

**МИНИСТЕРСТВО
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**
95005, м. Симферополь, пр. Кірова, 13
телефон: 27-40-00, факс: 54-46-67
e-mail:posta.creiac@gmail.com

**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**
95005, г. Симферополь, пр. Кірова, 13
телефон: 27-40-00, факс: 54-46-67
e-mail:posta.creiac@gmail.com

**САГЪЛЫКЪ САКЪЛАВ
НАЗИРЛИГИ**
95005, Симферополь шеэри, Киров джаддеси, 13
телефон: 27-40-00, факс: 54-46-67
e-mail:posta.creiac@gmail.com

От 16.01.2015 № 01/99-П.02

На № _____ от _____

**Руководителям медицинских
организаций, входящих в ведение
Министерства здравоохранения
Республики Крым**

Министерство здравоохранения Республики Крым направляет письмо Государственного учреждения – региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации от 26.12.2014 № 12-15/08/1120 об обеспечении родовыми сертификатами для использования в работе.

Поручаем всем руководителям медицинских организаций, занимающихся оказанием медицинской помощи женщинам в период беременности, и медицинской помощи женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также осуществляющих проведение профилактических медицинских осмотров детей первого года жизни заключить договора с Государственным учреждением – региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации.

Приложение: на 12 листах.

Заместитель министра

А. Голенко

Гулко 544613

Договор № _____
об оплате услуг по проведению профилактических медицинских осмотров
ребенка в течение первого года жизни

г. Симферополь

«__» _____ 201...

Государственное учреждение – региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Крым, именуемое в дальнейшем «Отделение Фонда», в лице и.о. управляющего Потеряйко Виктории Гарольдовны, действующего на основании Положения и приказа № от201... года с одной стороны, и _____, именуемая в дальнейшем «Медицинская организация», в лице главного врача _____, действующего на основании Устава и Приказа _____, с другой стороны, именуемые в дальнейшем сторонами, в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. N 1233 заключили настоящий Договор о нижеследующем.

I. Предмет Договора

1. В соответствии с настоящим Договором Отделение Фонда осуществляет оплату медицинской организации услуг по медицинской помощи, предусмотренных настоящим Договором, в соответствии с порядком и условиями, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации, исходя из расчета, определенного пунктом 5 Правил финансового обеспечения расходов на оплату медицинским организациям услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также проведению профилактических медицинских осмотров ребенка в течение первого года жизни.

2. Медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской помощи по специальностям «педиатрия», «неврология», «травматология-ортопедия», «детская хирургия», «лабораторная диагностика», «оториноларингология», «офтальмология», «функциональная диагностика», «ультразвуковая диагностика», «стоматология детская».

II. Обязанности сторон

1. Отделение Фонда осуществляет в установленном порядке перечисление Медицинской организации средств на оплату услуг за счет межбюджетных трансфертов, перечисляемых Фонду социального страхования Российской Федерации из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на оплату услуг, предусмотренных подпунктом «а» пункта 2 настоящего раздела, ежемесячно, не позднее 20-го числа, на основании представленного Медицинской организацией счета с приложенными к нему талонами родовых сертификатов и реестром указанных талонов.

2. Медицинская организация

а) обеспечивает оказание услуг по проведению профилактических медицинских осмотров ребенка в течение первого года жизни в соответствии с лицензией № ЛО-77-01-000000 от 00.00.0000 года по адресу (адресам):

б) представляет в Отделение Фонда ежемесячно, до 10-го числа, счет на оплату предоставленных услуг;

в) использует перечисленные Отделением Фонда средства в соответствии с их

целевым назначением и условиями настоящего Договора;

г) ведет обособленный учет средств, поступающих по настоящему Договору;

д) информирует Отделением Фонда об окончании срока действия лицензии на осуществление медицинской деятельности не позднее 1 месяца до окончания срока ее действия;

е) создает необходимые условия для осуществления Отделением Фонда проверки деятельности медицинской организации в части исполнения настоящего Договора.

III. Срок действия Договора

Срок действия настоящего Договора с «__» _____ 201...г. по 31 декабря 201...г. (в части расчетов - до полного исполнения сторонами своих обязательств по настоящему Договору).

IV. Заключительные положения

1. Стороны имеют право вносить в настоящий Договор изменения или прекращать его действие в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

2. В случае изменения юридического статуса какой-либо из сторон, ее адреса или банковских реквизитов она обязана в течение 5 рабочих дней с даты возникновения изменений известить об этом другую сторону.

3. Споры, возникающие между сторонами, рассматриваются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

4. Все правоотношения, не урегулированные настоящим договором, регулируются действующим законодательством Российской Федерации.

5. В случае прекращения настоящего Договора стороны подписывают акт сверки расчетов.

6. Настоящий Договор составлен в 2 экземплярах, имеющих равную юридическую силу. Один экземпляр настоящего Договора находится у Отделения Фонда, другой - у Медицинской организации.

V. Местонахождение и реквизиты сторон

Отделение Фонда:

Государственное учреждение –
региональное отделение Фонда
социального страхования Российской
Федерации по Республике Крым

Медицинская организация:

Полное наименование
Медицинской организации

Адрес

ИНН/КПП, КБК, ОГРН, БИК, Р/с, К/с, Л/с.

Адрес

ИНН/КПП, КБК, ОГРН, отделение банка для
перечисления средств, БИК, Р/с, К/с, Л/с.

м.п. В.Г. Потеряйко

м.п. ФИО

«__» _____ 201... года

«__» _____ 201... года

Договор № _____
об оплате услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам
в период беременности.

г. Симферополь

«__» _____ 201...

Государственное учреждение – региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Крым, именуемое в дальнейшем «Отделение Фонда», в лице и.о.управляющего Потеряйко Викторией Гарольдовны, действующего на основании Положения и приказа № ... от года с одной стороны, и _____, именуемая в дальнейшем «Медицинская организация», в лице главного врача _____, действующего на основании Устава и Приказа _____, с другой стороны, именуемые в дальнейшем сторонами, в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010г. N 1233 заключили настоящий Договор о нижеследующем.

I. Предмет Договора

1. В соответствии с настоящим Договором Отделение Фонда осуществляет оплату медицинской организации услуг по медицинской помощи, предусмотренных настоящим Договором, в соответствии с порядком и условиями, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации, исходя из расчета, определенного пунктом 5 Правил финансового обеспечения расходов на оплату медицинским организациям услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также проведению профилактических медицинских осмотров ребенка в течение первого года жизни.

2. Медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской помощи в амбулаторных условиях по специальностям «акушерство и гинекология».

II. Обязанности сторон

1. Отделение Фонда осуществляет в установленном порядке перечисление Медицинской организации средств за счет межбюджетных трансфертов, перечисляемых Фонду социального страхования Российской Федерации из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на оплату услуг, предусмотренных подпунктом «а» пункта 2 настоящего раздела, ежемесячно, не позднее 20-го числа, на основании представленного Медицинской организацией счета с приложенными к нему талонами родовых сертификатов и реестром указанных талонов.

2. Медицинская организация

а) обеспечивает оказание услуг по медицинской помощи женщинам в период беременности в соответствии с лицензией № ЛО-77-01-000000 от 00.00.0000 года по адресу (адресам):

б) представляет в Отделение Фонда ежемесячно, до 10-го числа, счет на оплату предоставленных услуг;

в) использует перечисленные Отделением Фонда средства в соответствии с их целевым назначением и условиями настоящего Договора;

- г) ведет обособленный учет средств, поступающих по настоящему Договору;
- д) информирует Отделением Фонда об окончании срока действия лицензии на осуществление медицинской деятельности не позднее 1 месяца до окончания срока ее действия;
- е) создает необходимые условия для осуществления Отделением Фонда проверки деятельности медицинской организации в части исполнения настоящего Договора.

III. Срок действия Договора

Срок действия настоящего Договора с «__» _____г. по 31 декабря 201...г. (в части расчетов - до полного исполнения сторонами своих обязательств по настоящему Договору).

IV. Заключительные положения

1. Стороны имеют право вносить в настоящий Договор изменения или прекращать его действие в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.
2. В случае изменения юридического статуса какой-либо из сторон, ее адреса или банковских реквизитов она обязана в течение 5 рабочих дней с даты возникновения изменений известить об этом другую сторону.
3. Споры, возникающие между сторонами, рассматриваются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.
4. Все правоотношения, не урегулированные настоящим договором, регулируются действующим законодательством Российской Федерации.
5. В случае прекращения настоящего Договора стороны подписывают акт сверки расчетов.
6. Настоящий Договор составлен в 2 экземплярах, имеющих равную юридическую силу. Один экземпляр настоящего Договора находится у Отделения Фонда, другой - у Медицинской организации.

V. Местонахождение и реквизиты сторон

Отделение Фонда:

Государственное учреждение –
региональное отделение Фонда
социального страхования Российской
Федерации по Республике Крым

Медицинская организация:

Полное наименование
Медицинской организации

Адрес

ИНН/КПП, КБК, ОГРН, БИК, Р/с, К/с, Л/с.

м.п.

«__» _____ 201... года

Адрес

ИНН/КПП, КБК, ОГРН, отделение банка для
перечисления средств, БИК, Р/с, К/с, Л/с.

м.п.

«__» _____ 201... года

ФИО

Договор № _____
об оплате услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам и
новорожденным в период родов и в послеродовой период.

г. Симферополь

«__» _____ 201...

Государственное учреждение – региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Крым, именуемое в дальнейшем «Отделение Фонда», в лице и.о. управляющего Потеряйко Викторией Гарольдовны, действующего на основании Положения и приказа № от201... года с одной стороны, и _____, именуемая в дальнейшем «Медицинская организация», в лице главного врача _____, действующего на основании Устава и Приказа _____, с другой стороны, именуемые в дальнейшем сторонами, в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. N 1233 заключили настоящий Договор о нижеследующем.

I. Предмет Договора

1. В соответствии с настоящим Договором Отделение Фонда осуществляет оплату медицинской организации услуг по медицинской помощи, предусмотренных настоящим Договором, в соответствии с порядком и условиями, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации, исходя из расчета, определенного пунктом 5 Правил финансового обеспечения расходов на оплату медицинским организациям услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также проведению профилактических медицинских осмотров ребенка в течение первого года жизни.

2. Медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской помощи в стационарных условиях женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период по специальностям «акушерство и гинекология» «педиатрия» и (или) «неонатология».

II. Обязанности сторон

1. Отделение Фонда осуществляет в установленном порядке перечисление Медицинской организации средств на оплату услуг за счет межбюджетных трансфертов, перечисляемых Фонду социального страхования Российской Федерации из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на оплату услуг, предусмотренных подпунктом «а» пункта 2 настоящего раздела, ежемесячно, не позднее 20-го числа, на основании представленного Медицинской организацией счета с приложенными к нему талонами родовых сертификатов и реестром указанных талонов.

2. Медицинская организация

а) обеспечивает оказание услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период в соответствии с лицензией № ЛО-77-01-000000 от 00.00.0000 года по адресу (адресам):

б) представляет в Отделение Фонда ежемесячно, до 10-го числа, счет на оплату предоставленных услуг;

в) использует перечисленные Отделением Фонда средства в соответствии с их целевым назначением и условиями настоящего Договора;

- г) ведет обособленный учет средств, поступающих по настоящему Договору;
- д) информирует Отделением Фонда об окончании срока действия лицензии на осуществление медицинской деятельности не позднее 1 месяца до окончания срока ее действия;
- е) создает необходимые условия для осуществления Отделением Фонда проверки деятельности медицинской организации в части исполнения настоящего Договора.

III. Срок действия Договора

Срок действия настоящего Договора с «__» _____ 201...г. по 31 декабря 201...г. (в части расчетов - до полного исполнения сторонами своих обязательств по настоящему Договору).

IV. Заключительные положения

1. Стороны имеют право вносить в настоящий Договор изменения или прекращать его действие в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.
2. В случае изменения юридического статуса какой-либо из сторон, ее адреса или банковских реквизитов она обязана в течение 5 рабочих дней с даты возникновения изменений известить об этом другую сторону.
3. Споры, возникающие между сторонами, рассматриваются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.
4. Все правоотношения, не урегулированные настоящим договором, регулируются действующим законодательством Российской Федерации.
5. В случае прекращения настоящего Договора стороны подписывают акт сверки расчетов.
6. Настоящий Договор составлен в 2 экземплярах, имеющих равную юридическую силу. Один экземпляр настоящего Договора находится у Отделения Фонда, другой - у Медицинской организации.

V. Местонахождение и реквизиты сторон

Отделение Фонда:

Государственное учреждение –
региональное отделение Фонда
социального страхования Российской
Федерации по Республике Крым

Адрес

ИНН/КПП, КБК, ОГРН, БИК, Р/с, К/с, Л/с.

м.п. В.Г. Потеряйко

«__» _____ 201.. года

Медицинская организация:

Полное наименование
Медицинской организации

Адрес

ИНН/КПП, КБК, ОГРН, отделение банка для
перечисления средств, БИК, Р/с, К/с, Л/с.

м.п. ФИО

«__» _____ 201... года

**ОПИСЬ ПЕРЕДАВАЕМЫХ ДОКУМЕНТОВ
(ОБРАЗЕЦ)**

№	Название документа	Оригинал/ копия	Кол-во экземпляров	Кол-во листов (всего)
1	Договор	оригинал	2	4
2	Лицензии № ЛО-01-000000 от 01.01.2014	Заверенная копия	1	15
3	Приказ о назначении на должность главного врача	Заверенная копия	1	1
4	Учетную карточку с реквизитами Медицинской организации	оригинал	1	1
Всего _____ документа на _____ листах				

(перечень документов, указанных в описи не является исчерпывающим и может быть дополнен)

Должность

подпись

ФИО

Приложение № 8
к Порядку обеспечения родовыми сертификатами
государственных и муниципальных учреждений
здравоохранения, их учета и хранения,
утвержденному Приказом Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 28.11.2005 № 701

ЗАЯВКА НА РОДОВЫЕ СЕРТИФИКАТЫ НА 20__ Г.

_____ (наименование женской консультации, регионального отделения Фонда)

_____ (ОГРН)

_____ (ИНН)

Просит обеспечить родовыми сертификатами на 20__ год в количестве _____ штук.

_____ (прописью)

Количество родовых сертификатов						
заказано на предыдущий год	остаток на 01.01.20__	потребность на 20__ г. всего	в том числе по кварталам			
			I квартал	II квартал	III квартал	IV квартал
1	2	3	4	5	6	7

Руководитель женской консультации
(регионального отделения Фонда)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер женской консультации
(регионального отделения Фонда)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Дата _____

М.П.

Бланк организации	<p>И.о.управляющего Государственным учреждением – региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Крым</p> <p>В.Г. Потеряйко ул. А.Невского, 17 а, г.Симферополь, 295006 Тел /факс (0652) 54 71 16</p>
О заключение договора	

Уважаемая Виктория Гарольдовна!

(ОБРАЗЕЦ)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Государственное бюджетное учреждения здравоохранения ...» в лице главного врача (Ф.И.О.), действующий на основании Устава, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 31.12.2010 года (в ред. от 24.12.2013 года.) № 1233 «О порядке финансового обеспечения расходов на оплату медицинским организациям услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также по проведению профилактических медицинских осмотров ребенка в течение первого года жизни» просит заключить договор об оплате услуг с 00.00.0000 года по 31.12.2015 года.

Оказание услуг по **выбрать нужное**

- медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности;
- медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и после в послеродовой период;
- проведению профилактических медицинских осмотров ребенка в течение первого года жизни)

осуществляется в соответствии с лицензией **ЛО-77-01-000000 от 00.00.0000 года** по следующим адресам:

Приложение на ___ листах с Описью передаваемых документов.

Главный врач

Ф.И.О.

Для заключения договора необходимо представить следующий комплект документов:

1. Заявление в 2-х экземплярах на бланке организации за подписью главного врача с Описью передаваемых документов

- *Образец заявления (Приложение №1 – Заявление);*
- *Образец описи (Приложение №2 – Опись).*

2. Договор об оплате услуг в 2-х экземплярах, оформленный строго в печатном виде, в соответствии с прилагаемыми формами:

- **Договор об оплате услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности.***(Форма договора – 1 Договор по беременности)*
- **Договор об оплате услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период.**
(Форма договора – 2 - Роды)
- **по проведению профилактических медицинских осмотров ребенка в течение первого года жизни**
(Форма договора - 3 – Дети)

3. Копия лицензии с приложениями, заверенная в установленном порядке;

4. Документы, подтверждающие право подписи договора главным врачом медицинской организации (копия приказа);

5. Учетную карточку с реквизитами Медицинской организации;

6*. В случае если по какому-либо заявленному в договоре (раздел II пункт 2 подпункта) адресу имеются не все виды работ (услуг), указанные в разделе I пункт 2 договора то медицинская организация должна предоставить: (*При заключении договора по диспансерному (профилактическому) наблюдению ребенка в течение первого года жизни).

• договор заключенный Вашим медицинским учреждением с иной медицинской организацией имеющей лицензию на осуществление недостающих видов работ (услуг) с приложением копии лицензии данной Медицинской организации **ИЛИ** • если эти недостающие виды работ (услуг) оказываются в Вашем же медицинском учреждении, но по другому адресу (по которому данный вид услуг оказывается фактически на основании имеющейся у вас лицензии), то в обязательном порядке поясняющее письмо (за подписью главного врача).

7. Другие документы (при необходимости).