

**Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 января 2015 г. N 29н
"О формах статистического учета и отчетности, используемых при организации
оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением
специализированной информационной системы, порядка их заполнения и
сроках представления"**

В соответствии со **статьями 14 и 97** Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165; 2014, N 30, ст. 4257; N 49, ст. 6927) и **подпунктом 5.2.197** Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного **постановлением** Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 26, ст. 3526; 2013, N 16, ст. 1970; N 20, ст. 2477; N 22, ст. 2812; N 33, ст. 4386; N 45, ст. 5822; 2014, N 12, ст. 1296; N 26, ст. 3577; N 30, ст. 4307; N 37, ст. 4969; 2015, N 2, ст. 491), приказываю:

1. Утвердить:

1.1. форму статистического учета N 025/у-ВМП "Талон на оказание высокотехнологичной медицинской помощи" согласно **приложению N 1**;

1.2. порядок заполнения и сроки представления формы статистического учета N 025/у-ВМП "Талон на оказание высокотехнологичной медицинской помощи" согласно **приложению N 2**;

1.3. форму статистической отчетности N 67-МО-ОУЗ "Сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной медицинской организацией, включенной в перечень, утверждаемый уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации" согласно **приложению N 3**;

1.4. порядок заполнения и сроки представления формы статистической отчетности N 67-МО-ОУЗ "Сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной медицинской организацией, включенной в перечень, утверждаемый уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации" согласно **приложению N 4**;

1.5. форму статистической отчетности N 67-С-ОУЗ-МЗ "Сводные сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной медицинскими организациями, включенными в перечень, утверждаемый уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации" согласно **приложению N 5**;

1.6. порядок заполнения и сроки представления формы статистической отчетности N 67-С-ОУЗ-МЗ "Сводные сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной медицинскими организациями, включенными в перечень, утверждаемый уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации" согласно **приложению N 6**;

1.7. форму статистической отчетности N 67-МО-МЗ "Сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной федеральным государственным учреждением, включенным в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации" согласно **приложению N 7**;

1.8. порядок заполнения и сроки представления формы статистической отчетности N 67-МО-МЗ "Сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной федеральным государственным учреждением, включенным в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации" согласно [приложению N 8](#);

1.9. форму статистической отчетности N 67-С-МО-МЗ "Сводные сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной федеральными государственными учреждениями, включенными в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации" согласно [приложению N 9](#);

1.10. порядок заполнения и сроки представления формы статистической отчетности N 67-С-МО-МЗ "Сводные сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной федеральными государственными учреждениями, включенными в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации" согласно [приложению N 10](#);

1.11. форму статистической отчетности N 67-ФОМС-МЗ "Сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования" согласно [приложению N 11](#);

1.12. порядок заполнения и сроки представления формы статистической отчетности N 67-ФОМС-МЗ "Сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования" согласно [приложению N 12](#).

2. Признать утратившими силу:

[приказ](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 марта 2012 г. N 212н "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" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 апреля 2012 г., регистрационный N 23914);

[приказ](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2013 г. N 97н "О внесении изменений в приложения N 1 и N 9 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 марта 2012 г. N 212н "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" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 апреля 2013 г., регистрационный N 28007).

В.И. Скворцова

Зарегистрировано в Минюсте РФ 20 февраля 2015 г.
 Регистрационный N 36120

Приложение N 1
 к приказу Министерства
 здравоохранения РФ
 от 30 января 2015 г. N 29н

Форма статистического учета N 025/у-ВМП

Утверждена приказом Минздрава России
 от 30 января 2015 г. N 29н

--

штрих код

**Талон на оказание высокотехнологичной
 медицинской помощи* N**

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

П. Паспортная часть талона (ОУЗ, МО-ОМС) **

П.1. Наименование ОУЗ (МО-ОМС)	<input type="text"/>																					
П.2. ОКПО ОУЗ (МО-ОМС)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
П.3. ОКАТО ОУЗ	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
П.4. Почтовый индекс ОУЗ (МО-ОМС)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
П.5. Почтовый адрес ОУЗ (МО-ОМС)	<input type="text"/>																					
П.6. Адрес электронной почты ОУЗ (МО-ОМС)	<input type="text"/>																					
П.7. Дата оформления талона	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td></tr></table>				/			/														
			/			/																
П.8. Обращение пациента за ВМП	<input type="checkbox"/> 1 - первичное, 2 - повторное																					
П.9. Источник оказания ВМП	<input type="checkbox"/> 1- включенная в базовую программу ОМС***																					

- 2.1. не включенная в базовую программу ОМС, оказываемая в ФГУ ****
- 2.2. не включенная в базовую программу ОМС, оказываемая в МО субъекта Российской Федерации *****

П.10. Направление на ВМП

1 - ОУЗ 2- МО *****

П.11.1. Фамилия

П.11.2. Имя

П.11.3. Отчество (при наличии)

П.12. СНИЛС (при наличии)

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

П.13. Наименование страховой медицинской организации (при наличии)

П.13.1. Номер полиса ОМС (при наличии)

П.14. Документ, удостоверяющий личность:

П.14.1. Серия

П.14.2. Номер

П.14.3. Кем и когда выдан документ удостоверяющий личность:

П.15. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания) пациента:

Субъект Российской Федерации

город

улица

дом

корпус

квартира

П.16. Контактный телефон

П.17. Согласен(на) на использование персональных данных для организации ВМП (да/нет)

* Далее - ВМП

** Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

*** Обязательное медицинское страхование

**** Федеральное государственное учреждение, включенное в перечень федеральных государственных учреждений, который утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с **частью 6 статьи 34** Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165; 2014, N 49, ст. 6927) (далее - Закон)

***** Медицинская организация, включенная в перечень, который утверждается уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в соответствии с **частью 7 статьи 34** Закона

***** Медицинская организация, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи

С. Справочные сведения о пациенте (ОУЗ, МО-ОМС)

С.1 Пол	<input type="checkbox"/>	1 - муж., 2 - жен.	С.2. Дата рождения	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
С.3. Местность	<input type="checkbox"/>	1 - городская, 2 - сельская	С.4. Код категории льготы	<input type="checkbox"/>					
С. 5. Занятость	<input type="checkbox"/>								

Талон на оказание ВМП N

<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"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

1 ЭТАП (ОУЗ, МО-ОМС)

1.1 Код принятого решения (ОУЗ)	<input type="checkbox"/>	1 - наличие медицинских показаний для оказания ВМП 2 - отсутствие медицинских показаний для оказания ВМП 3 - необходимость проведения дополнительного обследования				
1.2. Дата принятия решения (ОУЗ)	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.3. Код диагноза по МКБ-10 (ОУЗ)	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

		<input type="text"/>
1.4. Наименование вида ВМП (ОУЗ)		<input type="text"/>
1.5. Наименование МО-ВМП*****		<input type="text"/>
1.6.1. Дата направления документов в ФГУ или МО субъекта Российской Федерации (ОУЗ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.6.2. Дата получения документов (МО-ОМС)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.7. ФИО должностного лица (ОУЗ, МО-ОМС)		<input type="text"/>
1.8. Наименование должности (ОУЗ, МО-ОМС)		<input type="text"/>
1.9. Номер служебного телефона должностного лица и адрес электронной почты (ОУЗ, МО-ОМС)		<input type="text"/>
1.10. Подпись должностного лица (ОУЗ, МО-ОМС)		<input type="text"/>
		М.П.
Комментарии:		

*****ФГУ, МО субъекта Российской Федерации, МО-ОМС

2 ЭТАП (МО-ВМП)

Талон на оказание ВМП N

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

2.1. Дата получения документов	<input type="text"/>
2.2. Дата оформления документов МО-ВМП	<input type="text"/>
2.3. Код принятого решения	<input type="checkbox"/> 1 - наличие медицинских показаний для госпитализации в МО-ВМП <input type="checkbox"/> 2 - отсутствие медицинских показаний для госпитализации в МО-ВМП <input type="checkbox"/> 3 - необходимость проведения дополнительного обследования

4 - наличие медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи

2.4. Дата принятия решения

2.5. Наименование вида ВМП

2.6 Дата планируемой госпитализации

2.7. Дата уведомления пациента и (или) ОУЗ о дате госпитализации в МО-ВМП

2.8. Способ уведомления

1 - почтой, 2-телефонограммой,
3 - по электронной почте

2.9. ФИО должностного лица

2.10. Наименование должности

2.11. Номер служебного телефона должностного лица и адрес электронной почты

2.12. Подпись должностного лица

Комментарии:

Талон на оказание ВМП N

3 ЭТАП (ОУЗ)

3.1. Талоны на проезд предоставляются 1 - да, 2 - нет

3.2. Дата выдачи талонов на проезд для отдельных категорий граждан

3.3. Нуждается в сопровождении

1-да, 2-нет

3.4. ФИО сопровождающего лица

3.5. Дата планируемой госпитализации

			/			/		
--	--	--	---	--	--	---	--	--

3.6. ФИО должностного лица

--

3.7. Наименование должности

--

3.8. Подпись должностного лица

--

М.П.

Комментарии:

Талон на оказание ВМП N

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">.</td> <td style="width: 15%;">.</td> <td style="width: 15%;">.</td> <td style="width: 15%;">.</td> <td style="width: 15%;">.</td> <td style="width: 15%;">.</td> <td style="width: 15%;">.</td> <td style="width: 15%;">.</td> </tr> </table>
.	

4 ЭТАП (МО-ВМП)

4.1. Дата обращения пациента в МО-ВМП

			/			/		
--	--	--	---	--	--	---	--	--

4.2. Код принятого решения

--

1 - госпитализировать
 2 - изменить дату госпитализации,
 причину указать в комментариях

4.3. ФИО должностного лица

--

4.4. Наименование должности

--

М.П.

4.5. Подпись должностного лица

--

Комментарии:

Талон на оказание ВМП N

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">.</td> <td style="width: 15%;">.</td> <td style="width: 15%;">.</td> <td style="width: 15%;">.</td> <td style="width: 15%;">.</td> <td style="width: 15%;">.</td> <td style="width: 15%;">.</td> <td style="width: 15%;">.</td> </tr> </table>
.	

5 ЭТАП (МО-ВМП)

- 5.1. Дата выписки пациента из МО-ВМП / /
- 5.2. Результат направления на ВМП 1. ВМП оказана:
 ВМП не оказана по причине:
 2 - отказ пациента от ВМП
 3 - летальный исход до оказания ВМП
- 5.3. Код диагноза при выписке (по **МКБ-10**) . (основной)
- 5.4. Наименование вида оказанной ВМП
- 5.5. Дата проведения оперативного вмешательства / /
- 5.6. Результат оказания ВМП 1 - выздоровление, 2 - улучшение,
 3 - без перемен, 4 - ухудшение,
 5 - летальный исход
- 5.7. Рекомендовано 1 - медицинская реабилитация,
 2 - повторная госпитализация для оказания ВМП
- 5.8. ФИО должностного лица
- 5.9. Наименование должности
- 5.10. Подпись должностного лица М.П.

Комментарии:

Талон на оказание ВМП N

 . . .

6 ЭТАП- ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- 6.1. Результат оказания ВМП 6.2. Отказано
- 1 - выздоровление, 2 - улучшение,
 3 - без перемен, 4 - ухудшение, 1 - отсутствие медицинских показаний для оказания ВМП в ФГУ, МО субъекта Российской Федерации,
 2- отсутствие медицинских показаний

5. **Раздел** "П. Паспортная часть талона (ОУЗ, МО-ОМС)" заполняется:

органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения (далее - ОУЗ) в случае направления пациента для оказания ВМП по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования;

медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее - МО-ОМС), в случае направления пациента для оказания ВМП по перечню видов ВМП, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования.

5.1. В **пункте П.1** "Наименование ОУЗ (МО-ОМС)" указывается полное наименование ОУЗ или МО-ОМС.

5.2. В **пункте П.2** "ОКПО ОУЗ (МО-ОМС)" указывается код ОУЗ или МО-ОМС в соответствии с Общероссийским классификатором предприятий и организаций (ОКПО).

5.3. В **пункте П.3** "ОКАТО ОУЗ" указывается код территории Российской Федерации в соответствии с Общероссийским классификатором административно-территориальных образований (**ОКАТО**) по месту нахождения ОУЗ.

5.4. В **пункте П.4** "Почтовый индекс ОУЗ (МО-ОМС)" указывается почтовый индекс ОУЗ или МО-ОМС.

5.5. В **пункте П.5** "Почтовый адрес ОУЗ (МО-ОМС)" указывается почтовый адрес ОУЗ или МО-ОМС.

5.6. В **пункте П.6** "Адрес электронной почты ОУЗ (МО-ОМС)" указывается адрес электронной почты ОУЗ или МО-ОМС.

5.7. В **пункте П.7** "Дата оформления талона" указывается дата оформления талона в формате - ДД/ММ/ГГ.

5.8. В **пункте П.8** "Обращение пациента за ВМП" в квадрате цифрой "1" или "2" отмечается соответствующее.

5.9. В **пункте П.9** "Источник оказания ВМП" в квадрате цифрой "1", "2.1" или "2.2" указывается соответствующее.

5.10. В **пункте П.10** "Направление на ВМП" в квадрате цифрой "1" или "2" указывается ОУЗ или медицинская организация, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи.

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

Основным документом, удостоверяющим личность гражданина Российской Федерации на территории Российской Федерации, является паспорт*(2).

Документом, удостоверяющим личность лица, трудящегося по найму, занятого или работающего в любом качестве на борту морского судна (за исключением военного корабля), морского судна рыбопромыслового флота, а также судна смешанного (река - море) плавания, используемых для целей торгового мореплавания, является удостоверение личности моряка*(3).

Документом, удостоверяющим личность военнослужащего Российской Федерации, является удостоверение личности военнослужащего Российской Федерации*(4).

Документами, удостоверяющими личность иностранного гражданина в Российской Федерации, являются паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина.

Документом, удостоверяющим личность лица, ходатайствующего о признании беженцем, является свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, а документом, удостоверяющим личность лица, признанного беженцем, является удостоверение беженца*(5).

Документами, удостоверяющими личность лица без гражданства в Российской Федерации, являются:

документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

разрешение на временное проживание;

вид на жительство;

иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства*(6).

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

5.13. В **пункте П.13** "Наименование страховой медицинской организации (при наличии)" - указывается полное наименование страховой медицинской организации, выдавшей полис обязательного медицинского страхования пациенту (при наличии).

5.14. В **пункте П.13.1** "Номер полиса ОМС (при наличии)" указывается номер полиса обязательного медицинского страхования пациента (при наличии).

5.15. В **пунктах П.14.1 - П.14.3** указываются реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента (серия и номер, кем и когда выдан документ, дата выдачи)*(7).

5.16. В **пункте П.15** "Адрес регистрации по месту жительства (пребывания) пациента" указывается адрес регистрации по месту жительства (пребывания) пациента в соответствии с документом, удостоверяющим личность.

5.17. В **пункте П.16** "Контактный телефон" указывается контактный телефон пациента.

5.18. В **пункте П.17** "Согласен(на) на использование персональных данных для организации ВМП (да/нет)" указывается соответствующее решение пациента словами "да/нет" на основании Заявления о согласии (несогласии) на обработку персональных данных (**приложение** к настоящему Порядку).

6. **Раздел "С. Справочные сведения о пациенте (ОУЗ, МО-ОМС)"** заполняется ОУЗ или МО-ОМС.

6.1. В **пункте С.1** "Пол" в квадрате цифрами "1" и "2" отмечается соответствующее.

6.2. В **пункте С.2** "Дата рождения" указывается дата рождения пациента в формате - ДД/ММ/ГГ.

6.3. В **пункте С.3** "Местность" в квадрате цифрами "1" и "2" отмечается соответствующее.

6.4. В **пункте С.4** "Код категории льготы" указывается в соответствии с категориями граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг*(8):

"0" - не имеет льгот;

"1" - инвалиды войны;

"2" - участники Великой Отечественной войны;

"3" - ветераны боевых действий из числа лиц, указанных в **подпунктах 1-4 пункта 1 статьи 3** Федерального закона от 12.01.1995 N 5-ФЗ "О ветеранах"*(9);

"4" - военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее шести месяцев, военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период;

"5" - лица, награжденные знаком "Жителю блокадного Ленинграда";

"6" - лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также члены экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале Великой Отечественной войны в портах других государств;

"7" - члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны лиц из числа личного состава групп самозащиты объектовых и аварийных команд местной противовоздушной обороны, а также члены погибших работников госпиталей и больниц города Ленинграда;

"8" - инвалиды;

"9" - дети-инвалиды.

6.5. В **пункте С.5** "Занятость" указывается в квадрате цифрами:

"1" - дошкольник; "1.1" - ребенок-сирота; "1.2" - ребенок, оставшийся без попечения родителей; "2" - школьник; "2.1" - ребенок-сирота; "2.2" - ребенок, оставшийся без попечения родителей; "3" - студент (аспирант); "3.1" - ребенок-сирота; "3.2" - ребенок, оставшийся без попечения родителей; "4" - работающий; "5" - неработающий; "6" - пенсионер.

7. **Раздел** "1 Этап (ОУЗ, МО-ОМС)" заполняется ОУЗ или МО-ОМС.

7.1. В **пункте 1.1** "Код принятого решения (ОУЗ)" в квадрате цифрами "1", "2" или "3" отмечается соответствующее решение.

7.2. В **пункте 1.2** "Дата принятия решения (ОУЗ)" указывается дата принятия решения в формате - ДД/ММ/ГГ.

7.3. В **пункте 1.3** "Код диагноза по МКБ-10 (ОУЗ)" 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.

7.4. В **пункте 1.4** "Наименование вида ВМП (ОУЗ)" указывается вид ВМП в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, установленным программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - перечень видов ВМП)***(10)**.

7.5. В **пункте 1.5** "Наименование МО-ВМП" указывается полное наименование медицинской организации, включенной в перечень медицинских организаций, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации***(11)** (далее - ФГУ), либо включенной в перечень, утверждаемый уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации***(12)** (далее - МО субъекта Российской Федерации), либо МО-ОМС (в соответствии с учредительными документами соответствующей медицинской организации), в которую направляются сведения о пациенте.

7.6. В **пункте 1.6.1** "Дата направления документов в ФГУ или МО субъекта Российской Федерации (ОУЗ)" указывается дата направления в ФГУ или МО субъекта Российской Федерации документов пациента в формате - ДД/ММ/ГГ (заполняется ОУЗ).

7.7. В **пункте 1.6.2** "Дата получения документов (МО-ОМС)" указывается дата

получения документов пациента в формате - ДД/ММ/ГГ (заполняется МО-ОМС).

7.8. В **пунктах 1.7 - 1.10** указываются фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, номер служебного телефона, адрес электронной почты и ставится подпись должностного лица, ответственного за направление пациентов для оказания ВМП.

7.9. **Поле** "Комментарии" предназначено для особых отметок.

8. **Раздел** "2 ЭТАП (МО-ВМП)" заполняется ФГУ, МО субъекта Российской Федерации или МО-ОМС, в которую поступили медицинские документы пациента для оказания ВМП.

8.1. В **пункте 2.1** "Дата получения документов" указывается дата получения (оформления) Талона на оказание ВМП и медицинской документации, необходимой для принятия решения о госпитализации пациента с целью оказания ВМП, в формате - ДД/ММ/ГГ.

8.2. В **пункте 2.2** "Дата оформления документов МО-ВМП" указывается дата заполнения Талона на оказание ВМП и оформления медицинской документации, необходимой для принятия решения о госпитализации пациента с целью оказания ВМП, в формате - ДД/ММ/ГГ.

8.3. В **пункте 2.3** "Код принятого решения" в квадрате цифрами "1", "2", "3" и "4" отмечается соответствующее решение врачебной комиссии медицинской организации, в которую направлен пациент, по отбору больных на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (далее - Комиссия МО-ВМП):

в случае принятия решения о наличии медицинских показаний для госпитализации пациента в МО-ВМП ставится "1";

в случае принятия решения об отсутствии медицинских показаний для госпитализации пациента в МО-ВМП ставится "2";

в случае принятия решения о необходимости проведения дополнительного обследования ставится "3", при этом обоснование требуемых видов обследований и разъяснения по оформлению медицинской документации 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".

8.4. В **пункте 2.4** "Дата принятия решения" указывается дата принятия решения Комиссией МО-ВМП в формате - ДД/ММ/ГГ.

8.5. В **пункте 2.5** "Наименование вида ВМП" указывается вид ВМП в соответствии с перечнем видов ВМП.

8.6. В **пункте 2.6** "Дата планируемой госпитализации" указывается дата планируемой госпитализации в формате - ДД/ММ/ГГ.

8.7. В **пункте 2.7** "Дата уведомления пациента и (или) ОУЗ о дате госпитализации в МО-ВМП" указывается дата уведомления пациента и (или) ОУЗ о дате госпитализации в МО-ВМП в формате ДД/ММ/ГГ.

8.8. В **пункте 2.8** "Способ уведомления" в квадрате цифрами "1", "2" или "3" указывается соответствующее.

8.9. В **пунктах 2.9 - 2.12** указываются фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, номер служебного телефона, адрес электронной почты и ставится подпись должностного лица, ответственного за организацию госпитализации в МО-ВМП.

8.10. **Поле** "Комментарии" предназначено для особых отметок.

9. **Раздел** "3 ЭТАП (ОУЗ)" заполняется ОУЗ в случае направления пациента в ФГУ для оказания ВМП по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования.

9.1. **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** "Талоны на проезд предоставляются" цифрами "1" или "2" отмечается соответствующее;

в **пункте 3.2** "Дата выдачи талонов на проезд для отдельных категорий граждан" указывается дата выдачи талона на проезд в формате - ДД/ММ/ГГ.

9.2. **Пункты 3.3** "Нуждается в сопровождении" и **3.4** "ФИО сопровождающего лица" 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 фамилия, имя, отчество (при наличии) сопровождающего лица.

9.3. В **пункте 3.5** "Дата планируемой госпитализации" указывается согласованная ОУЗ с ФГУ дата планируемой госпитализации в ФГУ в формате - ДД/ММ/ГГ.

9.4. В **пунктах 3.6-3.8** указываются фамилия, имя, отчество (при наличии), должность и ставится подпись должностного лица ОУЗ, отвечающего за направление пациентов на оказание ВМП.

9.5. **Поле** "Комментарии" предназначено для особых отметок.

10. **Раздел** "4 ЭТАП (МО-ВМП)" заполняется ФГУ, МО субъекта Российской Федерации или МО-ОМС, в которую поступил пациент для оказания ВМП.

10.1. В **пункте 4.1** "Дата обращения пациента в МО-ВМП" указывается дата обращения пациента в МО-ВМП с целью госпитализации для оказания ВМП в формате - ДД/ММ/ГГ.

10.2. В **пункте 4.2** "Код принятого решения" в квадрате цифрами "1", "2" отмечается соответствующее, при этом в случае необходимости изменить дату госпитализации пациента для оказания ВМП одновременно изменяется дата госпитализации в **пункте 2.6** раздела "2 ЭТАП (МО-ВМП)".

10.3. В **пунктах 4.3-4.5** указываются фамилия, имя, отчество (при наличии), должность и ставится подпись должностного лица, ответственного за организацию госпитализации пациентов в МО-ВМП.

10.4. **Поле** "Комментарии" предназначено для особых отметок.

11. **Раздел** "5 ЭТАП (МО-ВМП)" заполняется ФГУ, МО субъекта Российской Федерации или МО-ОМС.

11.1. В **пункте 5.1** "Дата выписки пациента из МО-ВМП" указывается дата в формате - ДД/ММ/ГГ.

11.2. В **пункте 5.2** "Результат направления на ВМП" в квадрате цифрами "1", "2" или "3" отмечается соответствующее.

11.3. В **пункте 5.3** "Код диагноза при выписке (по МКБ-10)" указывается код диагноза основного заболевания в соответствии с **МКБ-10**.

11.4. В **пункте 5.4** "Наименование вида оказанной ВМП" указываются вид ВМП и метод лечения в соответствии с перечнем видов ВМП.

11.5. В **пункте 5.5** "Дата проведения оперативного вмешательства" указывается дата проведения оперативного вмешательства в формате - ДД/ММ/ГГ.

11.6. В **пункте 5.6** "Результат оказания ВМП" в квадрате цифрами "1", "2", "3", "4" или "5" указывается соответствующее.

11.7. В **пункте 5.7** "Рекомендовано" в квадрате цифрами "1" или "2" указывается соответствующее.

11.8. В **пунктах 5.8-5.10** указываются фамилия, имя, отчество (при наличии), должность и ставится подпись должностного лица, ответственного за организацию

госпитализации пациентов в МО-ВМП.

11.9. **Поле** "Комментарии" предназначено для особых отметок Комиссии МО-ВМП.

12. **Раздел** "6 ЭТАП-ЗАКЛЮЧЕНИЕ" заполняется автоматически.

13. **Раздел** "Д. Документы (ОУЗ, МО-ОМС)" заполняется ОУЗ или МО-ОМС и включает в себя документы в соответствии с **пунктами 17 и 18** Порядка.

*(1) **Пункты 17 и 18** Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы, утвержденного **приказом** Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2014 г. N 930н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 31 декабря 2014 г., регистрационный N 35499) (далее - Порядок).

*(2) **Указ** Президента Российской Федерации от 13.03.1997 N 232 "Об основном документе, удостоверяющем личность гражданина Российской Федерации на территории Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 11, ст. 1301).

*(3) **Постановление** Правительства Российской Федерации от 18.08.2008 N 628 "О Положении об удостоверении личности моряка, Положении о мореходной книжке, образце и описании бланка мореходной книжки" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2008, N 34, ст. 3937; 2009, N 23, ст. 2821; 2013, N 12, ст. 1347).

*(4) **Постановление** Правительства Российской Федерации от 12.02.2003 N 91 "Об удостоверении личности военнослужащего Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, N 7, ст. 654; 2006, N 49, ст. 5220).

*(5) **Федеральный закон** от 19.02.1993 N 4528-1 "О беженцах" (Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, N 12, ст. 425; Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 26, ст. 2956; 1998, N 30, ст. 3613; 2000, N 33, ст. 3348; N 46, ст. 4537; 2003, N 27, ст. 2700; 2004, N 27, ст. 2711; N 35, ст. 3607; 2006, N 31, ст. 3420; 2007, N 1, ст. 29; 2008, N 30, ст. 3616; 2011, N 1, ст. 29; N 27, ст. 3880; 2012, N 10, ст. 1166; N 47, ст. 6397; N 53, ст. 7647; 2013, N 27, ст. 3477; 2014, N 52, ст. 7557).

*(6) **Статья 10** Федерального закона от 25.07.2002 N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, N 30, ст. 3032).

*(7) **Пункт 14.2** Порядка.

*(8) **Статья 6.1** Федерального закона от 17.07.1999 г. N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, N 35, ст. 3607).

*(9) Собрание законодательства Российской Федерации, 1995, N 3, ст. 168; 2002, N 48, ст. 4743; 2004, N 27, ст. 2711.

*(10) **Часть 5 статьи 80** Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165).

*(11) **Часть 6 статьи 34** Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165; 2014, N 49, ст. 6927).

*(12) **Часть 7 статьи 34** Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165;

2014, N 49, ст. 6927).

ГАРАНТ:

См. данную форму в редакторе MS-Word

**Приложение
к Порядку** заполнения формы
статистического учета N 025/у-ВМП
"Талон на оказание
высокотехнологичной
медицинской помощи",
утвержденному **приказом**
Министерства здравоохранения РФ
от 30 января 2015 г. N 29н

В _____
(наименование органа исполнительной власти
_____ субъекта Российской Федерации
_____ в сфере здравоохранения, медицинской организации*)

**Заявление
о согласии (несогласии) на обработку персональных данных**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))
даю (не даю) согласие (нужное подчеркнуть)

_____ (наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации
в сфере здравоохранения, медицинской организации)
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 регистрации по месту жительства (пребывания)

_____ (почтовый адрес по месту жительства (пребывания))
5. Адрес фактического проживания _____

_____ (почтовый адрес фактического проживания,
_____ контактный телефон)
6. Серия, N полиса обязательного медицинского страхования (при наличии),
наименование страховой медицинской организации, осуществляющей
деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (при
наличии) _____

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

8. Сведения о законном представителе _____

(фамилия, имя, отчество)

(адрес регистрации по месту жительства (пребывания), почтовый адрес 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 8-11 настоящего заявления заполняются в 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 данным, указанным в представленных документах.

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____
зарегистрированы _____

(N Талона на оказание ВМП)

Принял

_____ (Ф.И.О. специалиста)

_____ (дата приема заявления)

_____ (подпись специалиста)

----- (линия отреза) -----

Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____

(N Талона на оказание ВМП)

Принял

_____ (Ф.И.О. специалиста)

_____ (дата приема заявления)

_____ (подпись специалиста)

* Медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

ГАРАНТ:

См. данную форму в редакторе MS-Excel

Приложение N 3
к приказу Министерства
здравоохранения РФ
от 30 января 2015 г. N 29н

ОТРАСЛЕВОЕ СТАТИСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ			
Сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной медицинской организацией, включенной в перечень, утверждаемый уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации			
за _____ 20__ г.			
(квартал, год)			
Представляет ежеквартально и за отчетный год: медицинская организация, включенная в перечень, утверждаемый уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации,* - органу исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения		Сроки представления: квартальная - не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом; годовая - не позднее 15 января года, следующего за отчетным годом.	
Наименование медицинской организации _____ Юридический адрес, почтовый адрес, адрес электронной почты _____		Форма статистической отчетности N 67-МО-ОУЗ Утверждена приказом Минздрава России от 30 января 2015 г. N 29н	
Код формы по ОКУД	Код		
	медицинской организации по ОКПО	территории по ОКАТО	органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения по ОКОГУ

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.)

М.П. Дата

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

**Порядок
заполнения и сроки представления формы статистической отчетности N 67-МО-ОУЗ "Сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной медицинской организацией, включенной в перечень, утверждаемый уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации"**

1. Форма статистической отчетности **N 67-МО-ОУЗ** "Сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной медицинской организацией, включенной в перечень, утверждаемый уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации" (далее - форма N 67-МО-ОУЗ) формируется на основании данных, содержащихся в форме статистического учета **N 025/у-ВМП** "Талон на оказание высокотехнологичной медицинской помощи", утвержденной **приказом** Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 января 2015 г. N 29н "О формах статистического учета и отчетности, используемых при организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы, порядках их заполнения и сроках представления".

2. **Форма N 67-МО-ОУЗ** на бумажном носителе и (или) в электронном виде представляется медицинской организацией, включенной в перечень, который утверждается уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в соответствии с **частью 7 статьи 34** Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"* (далее - медицинская организация), органу исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения в следующие сроки:

квартальная - не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом;
годовая - не позднее 15 января года, следующего за отчетным годом.

3. Заполнение **титульной части** формы N 67-МО-ОУЗ.

3.1. В **строке** "Наименование медицинской организации" указывается полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами.

3.2. В **строке** "Юридический адрес, почтовый адрес, адрес электронной почты" указывается юридический адрес, почтовый адрес и адрес электронной почты;

3.3. В **графах** "Код формы по ОКУД", "Код медицинской организации по ОКПО", "Код территории по ОКАТО", "Код органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения по ОКОГУ" указывается соответствующее.

4. Заполнение **раздела 1** "Сведения о числе граждан, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь" формы N 67-МО-ОУЗ.

4.1. В **графе 1** указывается порядковый номер.

4.2. В **графе 2** указываются профили (виды) высокотехнологичной медицинской помощи (далее - ВМП), оказываемые медицинской организацией в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи**, установленным

программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

4.3. В **графе 3** указываются плановые объемы ВМП по каждому профилю (виду) ВМП.

4.4. В **графе 4** указывается число пациентов, которым оказана ВМП по каждому профилю (виду) ВМП.

4.5. В **графах 5-10** указывается соответственно число мужчин, женщин, детей, детей-инвалидов, городских жителей и жителей села из числа пациентов, которым оказана ВМП по соответствующим профилям (видам) ВМП).

4.6. В **строке** "Итого оказана ВМП" указывается сумма всех строк по каждой из **граф с 3 по 10** в отдельности.

5. Заполнение **раздела 2** "Сведения о числе граждан, которым оказана ВМП, по субъектам Российской Федерации" формы N 67-МО-ОУЗ.

5.1. В **графе 1** указывается порядковый номер.

5.2. В **графе 2** указываются субъекты Российской Федерации, населению которых медицинской организацией оказана ВМП.

5.3. По **строкам** "факт - всего" и соответствующим **подстрокам** "в том числе дети" указывается количество пациентов, которым медицинской организацией оказана ВМП по соответствующим профилям (видам) ВМП за отчетный период.

5.4. В **графе** "Всего" указывается сумма всех граф по каждому субъекту Российской Федерации отдельно.

5.5. В **итоговой строке** "Итого оказана ВМП" и соответствующей подстроке "в том числе дети" указывается сумма всех строк и соответствующих **подстрок** "в том числе дети" по каждой из граф в отдельности.

6. **Форма N 67-МО-ОУЗ** подписывается руководителем медицинской организации, заверяется печатью медицинской организации, на оттиске которой идентифицируется полное наименование медицинской организации.

* Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165; 2014, N 49, ст. 6927.

** **Часть 5 статьи 80** Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165).

ГАРАНТ:

См. данную форму в редакторе MS-Excel

Приложение N 5
к приказу Министерства
здравоохранения РФ
от 30 января 2015 г. N 29н

ОТРАСЛЕВОЕ СТАТИСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ				
Сводные сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной медицинскими организациями, включенными в перечень, утверждаемый уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации за _____ 20____ г. (квартал, год)				
Представляет ежеквартально и за отчетный год:		Сроки представления:		Форма статистической отчетности N 67-С-ОУЗ-МЗ Утверждена приказом Минздрава России от 30 января 2015 г. N 29н
Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения - Министерству здравоохранения Российской Федерации		квартальная - не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом; годовая - не позднее 20 января года, следующего за отчетным годом.		
Наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения (ОУЗ)				Квартальная, годовая (нужное подчеркнуть)
Юридический адрес, почтовый адрес, адрес электронной почты _____				
Код формы по ОКУД	Код медицинской организации* по ОКПО	Код территории по ОКАТО	Код органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения по ОКОГУ	

1	2	3	4	5						
	Наименование медицинской организации									
		факт - всего								
		в том числе дети								
	Итого оказана ВМП									
	в том числе детям									

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

**Порядок
заполнения и сроки представления формы статистической отчетности N 67-С-ОУЗ-МЗ "Сводные сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной медицинскими организациями, включенными в перечень, утверждаемый уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации"**

1. Форма статистической отчетности **N 67-С-ОУЗ-МЗ** "Сводные сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной медицинскими организациями, включенными в перечень, утверждаемый уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации" (далее - форма N 67-С-ОУЗ-М) составляется на основании формы статистической отчетности **N 67-МО-ОУЗ** "Сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной медицинской организацией, включенной в перечень, утверждаемый уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации", утвержденной **приказом** Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 января 2015 г. N 29н "О формах статистического учета и отчетности, используемых при организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы, порядка их заполнения и сроках представления".

2. **Форма N 67-С-ОУЗ-МЗ** заполняется органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения отдельно по каждой медицинской организации, включенной в перечень, утверждаемый уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, в соответствии с **частью 7 статьи 34** Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"* (далее - медицинская организация) и представляется на бумажном носителе и (или) в электронном виде в Министерство здравоохранения Российской Федерации в следующие сроки:

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

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

3. Заполнение **титульной части** формы N 67-С-МО-ОУЗ.

3.1. В **строке** "Наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения (ОУЗ)" указывается наименование органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения (далее - ОУЗ).

3.2. В **строке** "Юридический адрес, почтовый адрес, адрес электронной почты" указывается юридический адрес, почтовый адрес и адрес электронной почты ОУЗ.

3.3. В **графах** "Код формы по ОКУД", "Код по ОКПО", "Код территории по ОКАТО", "Код органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения по ОКОГУ" указывается соответствующее.

4. Заполнение **раздела 1** "Сведения о числе граждан, которым оказана

высокотехнологичная медицинская помощь" формы N 67-С-ОУЗ-МЗ.

4.1. В **строке** "Наименование медицинской организации" указывается полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами.

4.2. В **графе 1** указывается порядковый номер.

4.3. В **графе 2** указываются профили (виды) высокотехнологичной медицинской помощи (далее - ВМП), оказываемые медицинской организацией, в соответствии с перечнем видов ВМП**, установленным программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

4.4. В **графе 3** указываются плановые объемы ВМП по каждому профилю (виду) ВМП.

4.5. В **графе 4** указывается число пациентов, которым оказана ВМП по каждому профилю (виду) ВМП.

4.6. В **графах 5-10** указывается соответственно число мужчин, женщин, детей, детей-инвалидов, городских жителей и жителей села из числа пациентов, которым оказана ВМП по соответствующим профилям (видам) ВМП.

4.7. В **строке** "Итого оказана ВМП" указывается сумма всех строк по каждой из **граф с 3 по 10** в отдельности по каждой медицинской организации.

5. Заполнение **раздела 2** "Сведения о числе граждан, которым оказана ВМП, по субъектам Российской Федерации" формы N 67-С-ОУЗ-МЗ.

5.1. В **строке** "Наименование медицинской организации" указывается полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами.

5.2. В **графе 1** указывается порядковый номер

5.3. В **графе 2** указываются субъекты Российской Федерации, населению которых медицинской организацией оказана ВМП.

5.4. По **строкам** "факт - всего" и соответствующим **подстрокам** "в том числе дети" указывается количество пациентов, которым оказана ВМП по соответствующим профилям (видам) ВМП, медицинской организацией за отчетный период.

5.5. В **графе** "Всего" указывается сумма всех граф по каждому субъекту Российской Федерации отдельно.

5.6. В **итоговой строке** "Итого оказана ВМП" и соответствующей **подстроке** "в том числе дети" указывается сумма всех строк и соответствующих подстрок "в том числе дети" по каждой из граф в отдельности.

6. **Форма N 67-С-ОУЗ-МЗ** подписывается руководителем органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения и заверяется печатью.

* Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165; 2014, N 49, ст. 6927.

** **Часть 5 статьи 80** Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165).

ГАРАНТ:

См. данную форму в редакторе MS-Excel

Приложение N 7
к приказу Министерства
здравоохранения РФ
от 30 января 2015 г. N 29н

ОТРАСЛЕВОЕ СТАТИСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ				
Сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной федеральным государственным учреждением, включенным в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации				
за _____ 20 г.				
(квартал, год)				
Представляет ежеквартально и за отчетный год:		Сроки представления:		Форма статистической отчетности N 67-МО-МЗ Утверждена приказом Минздрава России от 30 января 2015 г. N 29н
Федеральное государственное учреждение, включенное в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации *- федеральному органу исполнительной власти		квартальная - не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом; годовая - не позднее 15 января года, следующего за отчетным годом.		
Наименование федерального государственного учреждения _____				Квартальная, годовая (нужное подчеркнуть)
Юридический адрес, адрес электронной почты _____				
Код формы по ОКУД	Код			
	федерального государственного учреждения по ОКПО	территории по ОКАТО	федерального органа исполнительной власти по ОКОГУ	

* Далее - федеральное государственное учреждение

		дети								
	Итого оказана ВМП									
	в том числе детям									

Руководитель федерального государственного учреждения _____
 (подпись) _____ (Ф.И.О.)

М.П. Дата

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

**Порядок
заполнения и сроки представления формы статистической отчетности N 67-МО-МЗ "Сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной федеральным государственным учреждением, включенным в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации"**

1. Форма статистической отчетности **N 67-МО-МЗ** "Сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной федеральным государственным учреждением, включенным в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации" (далее - форма N 67-МО-МЗ) включает сведения о пациентах, содержащиеся в форме статистического учета **N 025/y - ВМП** "Талон на оказание высокотехнологичной медицинской помощи", утвержденной **приказом** Министерства здравоохранения Российской Федерации 30 января 2015 г. N 29н "О формах статистического учета и отчетности, используемых при организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы, порядках их заполнения и сроках представления".

2. **Форма N 67-МО-МЗ** заполняется и представляется на бумажном носителе и (или) в электронном виде:

федеральным государственным учреждением, включенным в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с **частью 6 статьи 34** Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"* (далее - федеральное государственное учреждение), подведомственным Министерству здравоохранения Российской Федерации, - Министерству здравоохранения Российской Федерации;

федеральным государственным учреждением, подведомственным иному федеральному органу исполнительной власти (далее - ФОИВ), - соответствующему ФОИВ.

3. **Форма N 67-МО-МЗ** представляется в следующие сроки:

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

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

4. Заполнение **титульной части** формы N 67-МО-МЗ.

4.1. В **графе** "Федеральное государственное учреждение, включенное в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации - федеральному органу исполнительной власти _____" указывается наименование ФОИВ, которому подведомственно федеральное государственное учреждение.

4.2. В **строке** "Наименование федерального государственного учреждения" указывается полное наименование федерального государственного учреждения, включенного в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации** в соответствии с учредительными документами.

4.3. В **строке** "Юридический адрес, почтовый адрес, адрес электронной почты"

указывается юридический адрес, почтовый адрес и адрес электронной почты.

4.4. В **графах** "Код формы по ОКУД", "Код федерального государственного учреждения по ОКПО", "Код территории по ОКАТО", "Код федерального органа исполнительной власти по ОКОГУ" указывается соответствующее.

5. Заполнение **раздела 1** "Сведения о числе граждан, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь" формы N 67-МО-МЗ.

5.1. В **графе 1** указывается порядковый номер.

5.2. В **графе 2** указываются профили (виды) высокотехнологичной медицинской помощи*** (далее - ВМП), оказываемые федеральным государственным учреждением в соответствии с перечнем видов ВМП, установленным программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

5.3. В **графе 3** указываются плановые объемы ВМП по каждому профилю (виду) ВМП.

5.4. В **графе 4** указывается число пациентов, которым оказана ВМП по каждому профилю (виду).

5.5. В **графах 5-10** указывается число мужчин, женщин, детей, детей-инвалидов, городских жителей и жителей села из числа пациентов, которым оказана ВМП по соответствующим профилям (видам ВМП).

5.6. В **строке** "Итого оказана ВМП" указывается сумма всех строк по каждой из **граф с 3 по 10** в отдельности.

6. Заполнение **раздела 2** "Сведения о числе граждан, которым оказана ВМП, по субъектам Российской Федерации" формы N 67-МО-МЗ.

6.1. В **графе 1** указывается порядковый номер.

6.2. В **графе 2** указываются субъекты Российской Федерации, населению которых оказана ВМП федеральным государственным учреждением.

6.3. По **строкам** "факт - всего" и соответствующим **подстрокам** "в том числе дети" указывается количество пациентов, которым оказана ВМП по соответствующим профилям (видам) ВМП, федеральным государственным учреждением за отчетный период.

6.4. В **графе** "Всего" указывается сумма всех граф по каждому субъекту Российской Федерации отдельно.

6.5. В **итоговой строке** "Итого оказана ВМП" и соответствующей **подстроке** "в том числе дети" указывается сумма всех строк и соответствующих подстрок "в том числе дети" по каждой из граф в отдельности.

7. **Форма N 67-МО-МЗ** подписывается руководителем федерального государственного учреждения и заверяется печатью, на оттиске которой идентифицируется полное наименование федерального государственного учреждения.

* Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165; 2014, N 49, ст. 6927.

** **Часть 6 статьи 34** Федерального закона от 21 ноября 2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165; 2014, N 49, ст. 6927).

*** **Часть 5 статьи 80** Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165).

ГАРАНТ:

См. данную форму в редакторе MS-Excel

Приложение N 9
к приказу Министерства
здравоохранения РФ
от 30 января 2015 г. N 29н

ОТРАСЛЕВОЕ СТАТИСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ				
Сводные сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной федеральными государственными учреждениями, включенными в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации				
за _____ 20 г.				
(квартал, год)				
Представляет ежеквартально и за отчетный год:		Сроки представления:		Форма статистической отчетности N 67-С-МО - МЗ Утверждена приказом Минздрава России от 30 января 2015 г. N 29н
Федеральный орган исполнительной власти - Министерству здравоохранения Российской Федерации		квартальная - не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом; годовая - не позднее 20 января года, следующего за отчетным годом.		
Юридический адрес, почтовый адрес, адрес электронной почты _____				Квартальная, годовая (нужное подчеркнуть)
Код формы по ОКУД	Код			
	федерального государственного учреждения* по ОКПО	территории по ОКАТО	федерального органа исполнительной власти по ОКОГУ	

* федеральное государственное учреждение, включенное в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения

Российской Федерации в соответствии с **частью 6 статьи 34** Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165; 2014, N 49, ст. 6927).

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

N п/п	Наименование профиля (вида) ВМП	Плановые объемы ВМП (чел.)	Сведения об объемах оказанной ВМП (чел.)						
			всего	в том числе					
				мужчины	женщины	дети	дети-инвалиды	городские жители	жители села
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Наименование федерального государственного учреждения								
1									
2									
	Итого оказана ВМП								

** Далее - ВМП

Раздел 2. Сведения о числе граждан, которым оказана ВМП, по субъектам Российской Федерации

N п/п	Субъекты Российской Федерации, населению которых оказана ВМП	Наименование профиля (вида) ВМП	Сведения о числе граждан, которым оказана ВМП по профилям (видам) (чел.)							Всего
1	2	3	4	5						
	Наименование федерального государственного учреждения									
		факт - всего								

		в том числе дети								
	Итого оказана ВМП									
	в том числе детей									

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

Руководитель федерального органа исполнительной власти _____
(подпись) _____ (Ф.И.О.)

М.П. Дата

**Порядок
заполнения и сроки представления формы статистической отчетности N 67-С-МО-МЗ "Сводные сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной федеральными государственными учреждениями, включенными в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации"**

1. Форма статистической отчетности **N 67-С-МО-МЗ** "Сводные сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной федеральными государственными учреждениями, включенными в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации" (далее - форма N 67-С-МО-МЗ) составляется на основании формы статистической отчетности **N 67-МО-МЗ** "Сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной федеральным государственным учреждением, включенным в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации", утвержденной **приказом** Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 января 2015 г. N 29н "О формах статистического учета и отчетности, используемых при организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы, порядках их заполнения и сроках представления".

2. **Форма N 67-С-МО-МЗ** заполняется федеральным органом исполнительной власти отдельно по каждому подведомственному федеральному государственному учреждению, включенному в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с **частью 6 статьи 34** Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"* (далее - федеральное государственное учреждение), и представляется на бумажном носителе и (или) в электронном виде в Министерство здравоохранения Российской Федерации в следующие сроки:

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

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

3. Заполнение **титульной части** формы N 67-С-МО-МЗ.

3.1. В **графе** "Федеральный орган исполнительной власти _____ - Министерству здравоохранения Российской Федерации" указывается наименование федерального органа власти (далее - ФОИВ), представляющего форму N 67-С-МО-МЗ.

3.2. В **графах** "Юридический адрес, почтовый адрес, адрес электронной почты" указывается юридический адрес, почтовый адрес и адрес электронной почты ФОИВа;

3.3. В **графах** "Код формы по ОКУД", "Код федерального государственного учреждения по ОКПО", "Код территории по ОКАТО", "Код федерального органа исполнительной власти по ОКОГУ" указывается соответствующее.

4. Заполнение **раздела 1** "Сведения о числе граждан, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь" формы N 67-С-МО-МЗ.

4.1. В **строке** "Наименование федерального государственного учреждения"

указывается полное наименование федерального государственного учреждения в соответствии с учредительными документами.

4.2. В **графе 1** указывается порядковый номер.

4.3. В **графе 2** указываются профили (виды) высокотехнологичной медицинской помощи (далее - ВМП), оказываемые федеральным государственным учреждением в соответствии с перечнем видов ВМП**, установленным программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

4.4. В **графе 3** указываются плановые объемы ВМП по каждому профилю (виду) ВМП.

4.5. В **графе 4** указывается число пациентов, которым оказана ВМП по каждому профилю (виду) ВМП.

4.6. В **графах 5-10** указывается число мужчин, женщин, детей, детей-инвалидов, городских жителей и жителей села из числа пациентов, которым оказана ВМП по соответствующим профилям (видам) ВМП.

4.7. В **строке** "Итого оказана ВМП" указывается сумма всех строк по каждой из **граф с 3 по 10** в отдельности.

5. Заполнение **раздела 2** "Сведения о числе граждан, которым оказана ВМП, по субъектам Российской Федерации" формы N 67-С-МО-МЗ.

5.1. В **строке** "Наименование федерального государственного учреждения" указывается полное наименование федерального государственного учреждения в соответствии с учредительными документами.

5.2. В **графе 1** указывается порядковый номер.

5.3. В **графе 2** указываются субъекты Российской Федерации, населению которых оказана ВМП федеральным государственным учреждением.

5.4. По **строкам** "факт - всего" и соответствующим **подстрокам** "в том числе дети" указывается количество пациентов, которым оказана ВМП по соответствующим профилям (видам) ВМП федеральным государственным учреждением за отчетный период.

5.5. В **графе** "Всего" указывается сумма всех граф по каждому субъекту Российской Федерации отдельно.

5.6. В **итоговой строке** "Итого оказана ВМП" и соответствующей **подстроке** "в том числе дети" указывается сумма всех строк и соответствующих подстрок "в том числе дети" по каждой из граф в отдельности.

6. **Форма N 67-С-МО-МЗ** подписывается уполномоченным заместителем руководителя федерального органа исполнительной власти и заверяется печатью федерального органа исполнительной власти.

* Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165; 2014, N 49, ст. 6927.

** **Часть 5 статьи 80** Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165).

ГАРАНТ:

См. данную форму в редакторе MS-Excel

Приложение N 11
к приказу Министерства
здравоохранения РФ
от 30 января 2015 г. N 29н

ОТРАСЛЕВОЕ СТАТИСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ		
Сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования		
за _____ 20__ г.		
(квартал, год)		
Представляет ежеквартально и за отчетный год:	Сроки представления:	Форма статистической отчетности N 67-ФОМС-МЗ Утверждена приказом Минздрава России от 30 января 2015 г. N 29н
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования - Министерству здравоохранения Российской Федерации	квартальная - не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом; годовая - не позднее 20 января года, следующего за отчетным годом.	
Юридический адрес, почтовый адрес, адрес электронной почты _____		Квартальная, годовая (нужное подчеркнуть)
Код формы по ОКУД	Код	
территории по ОКАТО	ФОМС по ОКОГУ	

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

N п/п	Наименование профиля (вида) ВМП	Сведения об объемах оказанной ВМП (чел.)						
		всего	в том числе					
			мужчины	женщины	дети	дети-инвалиды	городские жители	жители села
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1								
2								
Итого оказана ВМП								

* Далее - ВМП

Раздел 2. Сведения о числе граждан, которым оказана ВМП, по субъектам Российской Федерации

N п/п	Субъекты Российской Федерации, населению которых оказана ВМП	Наименование профиля (вида) ВМП	Сведения о числе граждан, которым оказана ВМП по профилям (видам) (чел.)							Всего
1	2	3	4	5						
		факт- всего								
		в том числе дети								
	Итого оказана ВМП									
	в том числе детей									

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

Председатель (заместитель председателя)

Федерального фонда обязательного медицинского страхования

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

М.П.

Дата

Порядок
заполнения и сроки представления формы статистической отчетности N 67-ФОМС-МЗ "Сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования"

1. Форма статистической отчетности **N 67-ФОМС-МЗ** "Сведения об объемах высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанной медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования" (далее - форма N 67-ФОМС-МЗ) формируется на основании данных, содержащихся в форме статистического учета **N 025/y - ВМП** "Талон на оказание высокотехнологичной медицинской помощи", утвержденной **приказом** Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 января 2015 г. N 29н "О формах статистического учета и отчетности, используемых при организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы, порядках их заполнения и сроках представления".

2. **Форма N 67-ФОМС-МЗ** формируется на бумажном носителе и (или) в электронном виде Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее - ФОМС) и представляется Министерству здравоохранения Российской Федерации в следующие сроки:

квартальная - не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом;
годовая - не позднее 20 января года, следующего за отчетным годом.

3. Заполнение **титульной части** формы N 67-ФОМС-МЗ.

3.1. В **графах** "Юридический адрес, почтовый адрес, адрес электронной почты" указывается юридический адрес, почтовый адрес и адрес электронной почты ФОМС.

3.2. В **графах** "Код формы по ОКУД", "Код территории по ОКATO", "Код ФОМС по ОКОГУ" указывается соответствующее.

4. Заполнение **раздела 1** "Сведения о числе граждан, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь" формы N 67-ФОМС-МЗ.

4.1. В **графе 1** указывается порядковый номер.

4.2. В **графе 2** указываются профили (виды) высокотехнологичной медицинской помощи (далее - ВМП), оказываемые медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по перечню видов ВМП, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования*.

4.3. В **графе 3** указывается число пациентов, которым оказана ВМП по каждому профилю (виду) ВМП.

4.4. В **графах 4-9** указывается число мужчин, женщин, детей, детей-инвалидов, городских жителей и жителей села из числа пациентов, которым оказана ВМП по

соответствующим профилям (видам) ВМП.

4.5. В **строке** "Итого оказана ВМП" указывается сумма всех строк по каждой из **граф с 3 по 9** в отдельности.

5. Заполнение **раздела 2** "Сведения о числе граждан, которым оказана ВМП, по субъектам Российской Федерации" формы N 67-ФОМС-МЗ.

5.1. В **графе 1** указывается порядковый номер.

5.2. В **графе 2** указываются субъекты Российской Федерации, населению которых оказана ВМП.

5.3. По **строкам** "факт - всего" и соответствующим **подстрокам** "в том числе дети" указывается количество пациентов, которым оказана ВМП по соответствующим профилям (видам) ВМП, за отчетный период.

5.4. В **графе** "Всего" указывается сумма всех граф по каждому субъекту Российской Федерации отдельно.

5.5. 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 N 67-ФОМС-МЗ** подписывается председателем или уполномоченным заместителем председателя ФОМС и заверяется печатью ФОМС.

* **Часть 2 статьи 35** Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2013, N 48, ст. 6165; 2014, N 49, ст. 6927).