Приложение № 2

к приказу Минздрава РТ

от 17.01.2018 № 69

Таблица 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Согласовано: | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  | | Согласовано: | | | |  | |  | |
| Директор ГУ "ТФОМС РТ" | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  | | Заместитель министра здравоохранения РТ | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.М. Мифтахова | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е.И. Шишмарева | | | | | | | | |
| **Предложение по перераспределению плана-задания и финансовых средств по Территориальной программе ОМС на 2018 год** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | |  | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  |  |  | | | | |  |
| Наименование медицинской организации | Вид посещений, обращений медицинских услуг, профиль коек, вид вызова СМП | | Плановое количество случаев, медицинских услуг, посещений/обращений, вызовов на период передвижки | | | | Тариф  на медицинскую помощь (услугу)  руб | | | | Плановая стоимость ТП ОМС на период передвижки (руб.) | | | | Сумма представленных реестров-счетов на период передвижки (руб.) | | Изменения план-задания в 2018г. | | | | | | | | | | | | | План-задание с учетом изменений | | | | |
| Количество случаев, медицинских услуг, посещений/обращений, вызовов | | | | | | | Сумма, руб. | | | | | |
| уменьшение | | | увеличение | | | | уменьшение | | увеличение | | | | Количество случаев, медицинских услуг, посещений/обращений, вызовов | | Стоимость, руб. | | |
| **Круглосуточный стационар** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | |
|  |  | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | |
| **Итого по круглосуточному стационару**: | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | |
| **Дневной стационар** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | |
|  |  | |  | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | |
| **Итого по дневному стационару:** | | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | |
| **Амбулаторно-поликлиническая помощь** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | |
|  | |  |  | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | |
| **Итого по АПП:** | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | |
| **Медицинские услуги** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | |
|  | |  |  | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | |
|  | |  |  | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | |
| **Итого по медицинским услугам:** | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | |
| **Итого по перераспределению:** | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | |

\* приложить соответствующие расчеты и обоснования, подтверждающие необходимость внесения изменений в установленное плановое задание.

Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Таблица 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Согласовано: | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | Согласовано: | | | | | |  | | | |  |
| Директор ГУ "ТФОМС РТ" | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | Заместитель министра здравоохранения РТ | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.М. Мифтахова | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е.И. Шишмарева | | | | | | | | | | |
| **Предложение по перераспределению плана-задания и финансовых средств при финансировании через систему ОМС**  **на осуществление преимущественно одноканального финансирования** **на 2018 год** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  | |  |  | | | |
| Наименование медицинской организации | Вид посещений, обращений медицинских услуг, профиль коек, вид вызова СМП | | Плановое количество койко-дней, пациенто-дней, медицинских услуг, посещений/обращений, вызовов на период передвижки | | | Тариф  на медицинскую помощь (услугу)  руб | | | Плановая стоимость одноканального финансирования на период передвижки (руб.) | | | Сумма представленных реестров-счетов на период передвижки (руб.) | | | | | Изменения план-задания в 2018г. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | План-задание с учетом изменений | | | | | |
| Количество койко-дней, пациенто-дней, медицинских услуг, посещений/обращений, вызовов | | | | | | | | | | | Стоимость, руб. | | | | | | | | |
| уменьшение | | | | | | увеличение | | | | | уменьшение | | | | | увеличение | | | | Количество койко-дней, пациенто-дней, медицинских услуг, посещений/обращений, вызовов | | | Стоимость, руб. | | |
| **Круглосуточный стационар** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | |
| **Итого по круглосуточному стационару:** | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | |
| **Дневной стационар** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | |
|  |  |  | | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | |
| **Итого по дневному стационару:** | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |  | |
| **Амбулаторно-поликлиническая помощь** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |  | |
|  |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |  | |
| **Итого по АПП:** | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | |  | | | |  | |
| **Медицинские услуги** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | |  | | | |  | |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | |  | | | |  | |
| **Итого по медицинским услугам:** | | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | |  | | | |  | |
| **Итого по перераспределению:** | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | |  | | | |  | |

\* приложить соответствующие расчеты и обоснования, подтверждающие необходимость внесения изменений в установленное плановое задание.

Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_