



**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ»
(«ТФОМС ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ»)**

В.И. Ленина пр., д. 56а, г. Волгоград, 400005, тел. (8442) 53-27-27, факс (8442) 53-27-25
E-mail: general@volgatfoms.ru <http://www.volgatfoms.ru>

ОКПО 22585604, ОГРН 1023403856123, ИНН 3445916210, КПП 344401001

18.01.2024

на № _____

№ 03-30/14

от _____

Директорам филиалов «ТФОМС
Волгоградской области»

Руководителям государственных
медицинских организаций,
подведомственных комитету
здравоохранения Волгоградской области
(по списку)

Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области» (далее – ТФОМС) во исполнение подпункта «г» пункта 10 раздела IV типовой формы соглашения о предоставлении медицинским организациям, указанным в части 6.6 статьи 26 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала» (далее - соглашение), утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 22 февраля 2019 г. № 86н «Об утверждении типовой формы и порядка заключения соглашения о предоставлении медицинским организациям, указанным в части 6.6 статьи 26 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала», сообщает следующее.

Медицинским организациям, заключившим соглашение в 2024 году, необходимо представлять в филиалы ТФОМС «Отчет об использовании средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для софинансирования расходов медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала» (далее – отчет) ежеквартально нарастающим итогом на бумажном носителе и в электронном виде в формате EXCEL по форме Приложения № 1 к настоящему письму в соответствии с распределением медицинских организаций по филиалам ТФОМС согласно направленному ранее письму ТФОМС от 11.01.2024 № 03-30/4. При этом отчет за период: 1-й квартал, 1-е полугодие, 9 месяцев 2024 года предоставляется в филиалы ТФОМС в срок до 10-го числа месяца, следующего за отчетным периодом, за 2024 год - в срок до 14.01.2025 г.

Сведения, представленные медицинской организацией в столбце 4 отчета, должны соответствовать данным строк 07 «Прочие поступления» и 07.2 раздела II «Поступление средств ОМС», сведения, указанные в столбце 5 отчета, должны соответствовать данным строки 02 «В том числе: оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда» столбца 5 «Прочие расходы» раздела III «Расходование средств ОМС» отчетной формы федерального статистического наблюдения 14-Ф (ОМС), утвержденной приказом Федерального фонда

обязательного медицинского страхования от 25.04.2014 г. № 40 «О реализации приказа Росстата от 17.04.2014 г. № 258 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере обязательного медицинского страхования».

Директорам филиалов ТФОМС необходимо организовать ежеквартальный сбор, проверку и предоставление сводной информации в планово - экономический отдел ТФОМС в срок до 15- го числа месяца, следующего за отчетным периодом. Отчет предоставляется в разрезе медицинских организаций по форме Приложения № 2 к настоящему письму на бумажном носителе и в электронном виде в формате EXCEL на электронные адреса: консультанта планово-экономического отдела Миловановой Натальи Владимировны NMilovanova@volgatfoms.ru, заместителя начальника планово-экономического отдела Богачевой Юлии Николаевны YuBogacheva@volgatfoms.ru. Отчеты медицинских организаций на бумажном носителе хранятся в филиалах ТФОМС.

Отчет за январь - декабрь 2023 года, содержащий сведения по состоянию на 01.01.2024 г., медицинским организациям необходимо представить в филиалы ТФОМС в срок до 24.01.2024 г., сводный отчет филиалам ТФОМС необходимо представить в планово - экономический отдел ТФОМС в срок до 25.01.2024 г.

Приложение на 2 л. в 1 экз.

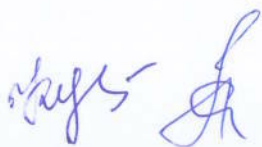
Директор



А.В. Пайль

Исп.: Милованова Н.В.

тел.: (8442) 53-27-15



**Отчет об использовании средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для
софинансирования расходов медицинских организаций государственной системы здравоохранения
на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала
за _____ 20__ года**

период (квартал, 1-е полугодие, 9 месяцев, год)

(Наименование медицинской организации)

(руб.)

| КодМО | Наименование МО | Остаток средств НСЗ ТФОМС в МО на начало отчетного периода | Поступило средств НСЗ ТФОМС в МО из бюджета ТФОМС | Использовано МО средств НСЗ ТФОМС на оплату труда, ВСЕГО | в том числе: | | Возвращено МО средств НСЗ ТФОМС в бюджет ТФОМС, ВСЕГО | в том числе: | | Остаток средств НСЗ ТФОМС в МО на конец отчетного периода |
|-------|-----------------|--|---|--|--------------|----------------|--|--|--|--|
| | | | | | врачей | среднего МП | | использован- ных не по целевому назначению в текущем финансовом году | использован- ных не по целевому назначению за отчетные периоды прошлых лет | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| | | | | | | | | | | |

Руководитель

(подпись)

(расшифровка
подписи)

Исполнитель

М.П.
(при наличии)

телефон

(подпись)

(расшифровка
подписи)

___ " _____ 20__ г.
(дата составления)

**Сводный отчет об использовании средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для
софинансирования расходов медицинских организаций государственной системы здравоохранения
на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала
за _____ 20__ года**

_____ период (квартал, 1-е полугодие, 9 месяцев, год)

_____ (Наименование филиала)

(руб.)

| КодМО | Наименование МО | Остаток средств НСЗ ТФОМС в МО на начало отчетного периода | Поступило средств НСЗ ТФОМС в МО из бюджета ТФОМС | Использовано МО средств НСЗ ТФОМС на оплату труда, ВСЕГО | в том числе: | | Возвращено МО средств НСЗ ТФОМС в бюджет ТФОМС, ВСЕГО | в том числе: | | Остаток средств НСЗ ТФОМС в МО на конец отчетного периода |
|-------|-----------------|--|---|--|--------------|-------------|---|--|--|---|
| | | | | | врачей | среднего МП | | использованных не по целевому назначению в текущем финансовом году | использованных не по целевому назначению за отчетные периоды прошлых лет | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| | | | | | | | | | | |

Директор _____ филиала

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Исполнитель
телефон _____

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

"__" _____ 20__ г.
(дата составления)