Приложение N 2

к приказу Федерального фонда

обязательного медицинского страхования

от 26 мая 2016 г. N 105

ФОРМЫ

отчетности о реализации мероприятий по организации

дополнительного профессионального образования медицинских

работников по программам повышения квалификации, а также

по приобретению и проведению ремонта медицинского

оборудования и использовании предоставленных

средств для их финансового обеспечения

на 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Наименование субъекта отчетности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Таблица 1. Реализация мероприятий по организации

дополнительного профессионального образования медицинских

работников по программам повышения квалификации,

а также по приобретению и проведению ремонта

медицинского оборудования

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Медицинская организация (наименование, код [ОКТМО](consultantplus://offline/ref=BF4717D64CDD76E90EC438825E0F4C1F5C9EF8C9A11572A04865001FD4Y6K7L), вид медицинской деятельности и территориальный признак) | Реализация мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации | | | | | | | |
| Наименование дополнительной профессиональной образовательной программы, продолжительность повышения квалификации, специальность подготовки (повышения квалификации) медицинского(их) работника(ов) | Наименование образовательной организации | Количество медицинских работников (количество человек) | | Сумма средств для финансового обеспечения мероприятий (рублей) | | | |
| в соответствии с планом мероприятий | прошедших повышение квалификации по состоянию на 1 число месяца, следующего за отчетным периодом | в соответствии с планом мероприятий | в соответствии с заключенным(и) договором(ами) | использованных медицинской организацией по состоянию на 1 число месяца, следующего за отчетным периодом, всего | в том числе на выплату аванса(ов) по договору(ам) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Продолжение таблицы 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Медицинская организация (наименование, [ОКТМО](consultantplus://offline/ref=BF4717D64CDD76E90EC438825E0F4C1F5C9EF8C9A11572A04865001FD4Y6K7L), вид медицинской деятельности и территориальный признак) | Реализация мероприятий по приобретению медицинского оборудования | | | | | | |
| Наименование медицинского оборудования | Количество медицинского оборудования (количество единиц) | | Сумма средств для финансового обеспечения мероприятий (рублей) | | | |
| в соответствии с планом мероприятий | приобретенного по состоянию на 1 число месяца, следующего за отчетным периодом | в соответствии с планом мероприятий | в соответствии с заключенным(и) контрактом(ами) | использованных медицинской организацией по состоянию на 1 число месяца, следующего за отчетным периодом, всего | в том числе на выплату аванса(ов) по контракту(ам) |
| 1 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Окончание таблицы 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Медицинская организация (наименование, [ОКТМО](consultantplus://offline/ref=BF4717D64CDD76E90EC438825E0F4C1F5C9EF8C9A11572A04865001FD4Y6K7L), вид медицинской деятельности и территориальный признак) | Реализация мероприятий по проведению ремонта медицинского оборудования | | | | | | |
| Наименование медицинского оборудования | Количество медицинского оборудования (количество единиц) | | Сумма средств для финансового обеспечения мероприятий (рублей) | | | |
| в соответствии с планом мероприятий | отремонтированного по состоянию на 1 число месяца, следующего за отчетным периодом | в соответствии с планом мероприятий | в соответствии с заключенным(и) контрактом(ами) | использованных медицинской организацией по состоянию на 1 число месяца, следующего за отчетным периодом, всего | в том числе на выплату аванса(ов) по контракту(ам) |
| 1 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Таблица 2. Использование предоставленных средств

для финансового обеспечения мероприятий по организации

дополнительного профессионального образования медицинских

работников по программам повышения квалификации,

а также по приобретению и проведению ремонта

медицинского оборудования

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование показателя | код строки | сумма средств (рублей) |
| 1 | 2 | 3 |
| Остаток средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования на начало отчетного периода, всего  том числе: | 01 |  |
| в медицинских организациях | 01.1 |  |
| Поступило средств в нормированный страховой запас территориального фонда обязательного медицинского страхования, всего,  в том числе: | 02 |  |
| от медицинских организаций,  из них: | 02.1 |  |
| по результатам проведения медико-экономического контроля | 02.1.1 |  |
| необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи | 02.1.2 |  |
| необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы | 02.1.3 |  |
| поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества | 02.1.4 |  |
| от страховых медицинских организаций,  из них: | 02.2 |  |
| по результатам проведения медико-экономического контроля | 02.2.1 |  |
| необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи | 02.2.2 |  |
| необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы | 02.2.3 |  |
| поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества | 02.2.4 |  |
| Направлено средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования в медицинские организации, всего,  в том числе для финансового обеспечения мероприятий по: | 03 |  |
| организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации | 03.1 |  |
| приобретению медицинского оборудования | 03.2 |  |
| проведению ремонта медицинского оборудования | 03.3 |  |
| Поступило средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования в медицинские организации, всего,  том числе для финансового обеспечения мероприятий по: | 04 |  |
| организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации | 04.1 |  |
| приобретению медицинского оборудования | 04.2 |  |
| проведению ремонта медицинского оборудования | 04.3 |  |
| Использовано средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования медицинскими организациями, всего,  в том числе для финансового обеспечения мероприятий по: | 05 |  |
| организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации | 05.1 |  |
| приобретению медицинского оборудования | 05.2 |  |
| проведению ремонта медицинского оборудования | 05.3 |  |
| Возвращено средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования медицинскими организациями в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования, всего,  в том числе: | 06 |  |
| использованных не по целевому назначению | 06.1 |  |
| из них средств прошлых лет | 06.1.1 |  |
| Остаток средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования на конец отчетного периода, всего  в том числе: | 07 |  |
| в медицинских организациях | 07.1 |  |

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) М.П. (при наличии) (расшифровка подписи)

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

(должность) (подпись) (расшифровка подписи)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(дата составления)