



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

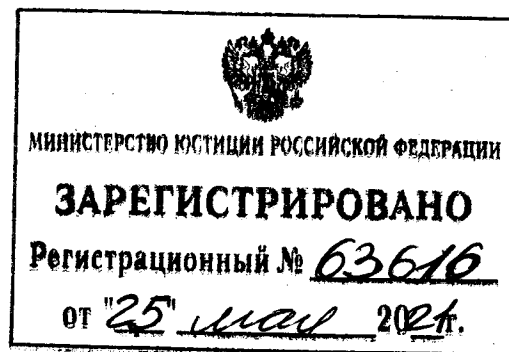
**П Р И К А З**

16 марта 2021 г.

Москва

№ 21

Об установлении формы, порядка и сроков направления медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, информации об оказании специализированной медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования



В соответствии с пунктами 1 и 4 части 2 статьи 7 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2020, № 50, ст. 8075), пунктом 3 постановления Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 г. № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2021, № 2, ст. 384; 2021, № 12, ст. 2000) приказываю:

Установить:

форму «Отчет об оказании специализированной медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования» согласно приложению № 1;

порядок и сроки направления медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, информации об оказании специализированной медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования согласно приложению № 2.

Председатель

Е.Е. Черныхова



## 2.3. Сведения об исполнении годового объема финансового обеспечения

тыс. рублей

| Объем финансового обеспечения, доведенный уведомлением |   | Стоимость оказанной медицинской помощи |   | Отклонение         |   |
|--|---|--|---|--------------------|---|
| среднемесячный   | на конец отчетного периода нарастающим итогом с начала года | за отчетный период                     | на конец отчетного периода нарастающим итогом с начала года | за отчетный период | на конец отчетного периода нарастающим итогом с начала года |
|  |   |  |   |                    |   |

## III. Сведения об оказанной медицинской помощи

## 3.1. Сведения об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи

| № группы  | Профиль медицинской помощи | Наименование вида ВМП <sup>2</sup> | Код по МКБ-10 <sup>3</sup> | Модель пациента | Вид лечения | Метод лечения | Условия оказания медицинской помощи | Количество случаев, штук |   | Количество дней пребывания на койке, дней |   | Стоимость медицинской помощи, рублей |   |
|---|----------------------------|------------------------------------|----------------------------|-----------------|-------------|---------------|-------------------------------------|--------------------------|---|---|---|--------------------------------------|---|
|   |                            |                                    |                            |                 |             |               |                                     | за отчетный период       | на конец отчетного периода нарастающим итогом с начала года | за отчетный период                        | на конец отчетного периода нарастающим итогом с начала года | за отчетный период                   | на конец отчетного периода нарастающим итогом с начала года |
| I. По всем адресам оказания медицинской помощи                        |                            |                                    |                            |                 |             |               |                                     |                          |   |   |   |                                      |   |
|   |                            |                                    |                            |                 |             |               |                                     |                          |   |   |   |                                      |   |
| Итого по № группы   |                            |                                    |                            |                 |             |               |                                     |                          |   |   |   |                                      |   |
| Итого по условию оказания медицинской помощи                          |                            |                                    |                            |                 |             |               |                                     |                          |   |   |   |                                      |   |
| Всего   |                            |                                    |                            |                 |             |               |                                     |                          |   |   |   |                                      |   |
| II. По адресу оказания медицинской помощи _____ (наименование адреса) |                            |                                    |                            |                 |             |               |                                     |                          |   |   |   |                                      |   |
|   |                            |                                    |                            |                 |             |               |                                     |                          |   |   |   |                                      |   |
| Итого по № группы   |                            |                                    |                            |                 |             |               |                                     |                          |   |   |   |                                      |   |
| Итого по условию оказания медицинской помощи                          |                            |                                    |                            |                 |             |               |                                     |                          |   |   |   |                                      |   |
| Всего   |                            |                                    |                            |                 |             |               |                                     |                          |   |   |   |                                      |   |

## 3.1.1. Расчет стоимости оказания высокотехнологичной медицинской помощи

| № группы   | Профиль медицинской помощи | Наименование вида ВМП | Код по МКБ-10 | Модель пациента | Вид лечения | Метод лечения | Условия оказания медицинской помощи | Значение                    |                       |                             | Стоимость, рублей |
|--|----------------------------|-----------------------|---------------|-----------------|-------------|---------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------|
|  |                            |                       |               |                 |             |               |                                     | норматива финансовых затрат | доли заработной платы | коэффициента дифференциации |                   |
| I. По адресу оказания медицинской помощи _____ (наименование адреса) |                            |                       |               |                 |             |               |                                     |                             |                       |                             |                   |
|  |                            |                       |               |                 |             |               |                                     |                             |                       |                             |                   |
|  |                            |                       |               |                 |             |               |                                     |                             |                       |                             |                   |

## 3.2. Сведения об оказанной специализированной медицинской помощи за исключением высокотехнологичной медицинской помощи

| № группы                                       | Профиль медицинской помощи | Наименование КСГ <sup>4</sup> | Код по МКБ-10 | Сложность лечения пациента | Сведения о прерывании случая | Условия оказания медицинской помощи | Количество случаев, штук |   | Количество дней пребывания на койке, дней |   | Стоимость медицинской помощи, рублей |   |
|--|----------------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---|---|---|--------------------------------------|---|
|  |                            |                               |               |                            |                              |                                     | за отчетный период       | на конец отчетного периода нарастающим итогом с начала года | за отчетный период                        | на конец отчетного периода нарастающим итогом с начала года | за отчетный период                   | на конец отчетного периода нарастающим итогом с начала года |
| I. По всем адресам оказания медицинской помощи |                            |                               |               |                            |                              |                                     |                          |   |   |   |                                      |   |
|  |                            |                               |               |                            |                              |                                     |                          |   |   |   |                                      |   |
| Итого по КСГ                                   |                            |                               |               |                            |                              |                                     |                          |   |   |   |                                      |   |

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Итого по условию оказания медицинской помощи                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Всего   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| II. По адресу оказания медицинской помощи _____ (наименование адреса) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по КСГ  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по условию оказания медицинской помощи                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Всего   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 3.2.1. Расчет стоимости оказания специализированной медицинской помощи за исключением высокотехнологичной медицинской помощи

| № группы   | Профиль медицинской помощи | Наименование КСГ | Код по МКБ-10 | Сложность лечения пациента | Сведения о прерывании случая | Условия оказания | Значение                             |                         |   |                             |   |                           |   | Стоимость, рублей |                                 |  |  |  |  |
|--|----------------------------|------------------|---------------|----------------------------|------------------------------|------------------|--------------------------------------|-------------------------|---|-----------------------------|---|---------------------------|---|-------------------|---------------------------------|--|--|--|--|
|  |                            |                  |               |                            |                              |                  | среднего норматива финансовых затрат | коэффициента приведения | коэффициента относительной затратоемкости | коэффициента дифференциации | доли заработной платы и прочих расходов | коэффициента спецификации | коэффициента сложности лечения пациента |                   | коэффициента прерванного случая |  |  |  |  |
| I. По адресу оказания медицинской помощи _____ (наименование адреса) |                            |                  |               |                            |                              |                  |                                      |                         |   |                             |   |                           |   |                   |                                 |  |  |  |  |
|  |                            |                  |               |                            |                              |                  |                                      |                         |   |                             |   |                           |   |                   |                                 |  |  |  |  |

Руководитель  
медицинской организации  
(уполномоченное лицо)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Исполнитель

\_\_\_\_\_ (должность)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_ (телефон)

" \_\_\_\_\_ " 2 \_\_\_\_ г.

<sup>1</sup> Медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти (далее - медицинские организации).

<sup>2</sup> ВМП - высокотехнологичная медицинская помощь (далее - ВМП).

<sup>3</sup> МКБ-10 - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр) (далее - МКБ-10).

<sup>4</sup> КСГ - клиничко-статистическая группа (далее - КСГ).

Приложение № 1  
к Отчету об оказании специализированной  
медицинской помощи в рамках базовой  
программы обязательного медицинского  
страхования

Сведения

о направлении застрахованного лица в медицинскую организацию, функции и полномочия  
учредителей в отношении которой осуществляет Правительство Российской Федерации или  
федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с  
едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования

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

**I. Общие сведения о медицинской организации**

Наименование  
медицинской организации<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
Наименование  
обособленного структурного  
подразделения \_\_\_\_\_  
Адрес оказания  
медицинской помощи \_\_\_\_\_  
Коэффициент дифференциации \_\_\_\_\_  
Отношение к коэффициенту специфики \_\_\_\_\_

| КОДЫ        |  |
|-------------|--|
| Дата        |  |
| Код по СР   |  |
| ИНН         |  |
| КПП         |  |
| Код по СР   |  |
| КПП         |  |
| Код по ЕРМО |  |
| Номер ГАР   |  |
| Код         |  |

**II. Сведения о пациенте**

Единый номер полиса  
обязательного медицинского  
страхования \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_  
Пол \_\_\_\_\_

|         |  |
|---------|--|
| Признак |  |
| Дата    |  |
| Код     |  |

**III. Сведения о направлении**

Наименование направившей медицинской организации \_\_\_\_\_  
Субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
Медицинские показания  
по приказу о направлении \_\_\_\_\_  
Диагноз основного заболевания \_\_\_\_\_  
Диагноз сопутствующего заболевания \_\_\_\_\_  
Диагноз осложнения заболевания \_\_\_\_\_

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Номер                      |  |
| ИНН                        |  |
| КПП                        |  |
| Код по СР                  |  |
| Код                        |  |
| Код                        |  |
| Код                        |  |
| Код по МКБ-10 <sup>2</sup> |  |
| Код по МКБ-10              |  |
| Код по МКБ-10              |  |
| Код по МКБ-10              |  |
| Код по МКБ-10              |  |

Форма оказания медицинской помощи \_\_\_\_\_  
 Условия оказания медицинской помощи \_\_\_\_\_  
 Профиль медицинской помощи \_\_\_\_\_  
 Вид медицинской помощи, \_\_\_\_\_  
 на получение которой направляется пациент \_\_\_\_\_  
 Номер направления \_\_\_\_\_  
 Номер талона в ЕГИСЗ<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Код                     |  |
| Код                     |  |
| Код                     |  |
| Группа ВМП <sup>3</sup> |  |
| номер ВМП               |  |
| Дата                    |  |
| Дата                    |  |

Руководитель  
 медицинской организации \_\_\_\_\_  
 (уполномоченное лицо) (подпись) (расшифровка подписи)

Исполнитель \_\_\_\_\_  
 (должность) (подпись) (расшифровка подписи) (телефон)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_ г.

<sup>1</sup> Медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти (далее - медицинские организации).

<sup>2</sup> МКБ-10 - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр) (далее - МКБ-10).

<sup>3</sup> ВМП - высокотехнологичная медицинская помощь (далее - ВМП).

<sup>4</sup> ЕГИСЗ - единая государственная информационная система в сфере здравоохранения.

Приложение № 2  
к Отчету об оказании специализированной  
медицинской помощи в рамках базовой  
программы обязательного медицинского  
страхования

Сведения

о рассмотрении направления застрахованного лица в медицинскую организацию, функции и полномочия учредителей в отношении которой осуществляет Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования

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

**I. Общие сведения о медицинской организации**

Наименование медицинской организации<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
 Наименование обособленного структурного подразделения \_\_\_\_\_  
 Адрес оказания медицинской помощи \_\_\_\_\_  
 Коэффициент дифференциации \_\_\_\_\_  
 Отношение к коэффициенту специфики \_\_\_\_\_

| КОДЫ        |  |
|-------------|--|
| Дата        |  |
| Код по СР   |  |
| ИНН         |  |
| КПП         |  |
| Код по СР   |  |
| КПП         |  |
| Код по ЕРМО |  |
|             |  |
| Номер ГАР   |  |
|             |  |
| Код         |  |

**II. Сведения о пациенте**

Единый номер полиса обязательного медицинского \_\_\_\_\_  
 Дата рождения \_\_\_\_\_  
 Пол \_\_\_\_\_

|         |  |
|---------|--|
| Признак |  |
| Дата    |  |
| Код     |  |

**III. Сведения о рассмотрении направления**

Номер сведений о направлении \_\_\_\_\_  
 Номер талона в ЕГИСЗ<sup>2</sup> \_\_\_\_\_  
 Диагноз основного заболевания \_\_\_\_\_  
 Диагноз сопутствующего заболевания \_\_\_\_\_  
 Диагноз осложнения заболевания \_\_\_\_\_  
 Медицинские показания \_\_\_\_\_  
 Решение врачебной комиссии \_\_\_\_\_  
 Форма оказания медицинской помощи \_\_\_\_\_

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Дата                       |  |
| Дата                       |  |
| Код по МКБ-10 <sup>3</sup> |  |
| Код по МКБ-10              |  |
| Код по МКБ-10              |  |
| Код по МКБ-10              |  |
| Код по МКБ-10              |  |
| Код                        |  |
| Код                        |  |
| Код                        |  |
| Код                        |  |

Условия оказания медицинской помощи \_\_\_\_\_  
 Профиль медицинской помощи \_\_\_\_\_  
 Вид медицинской помощи, \_\_\_\_\_  
 на получение которой направляется пациент \_\_\_\_\_  
 Наименование отделения, в которое принимается пациент \_\_\_\_\_  
 Профиль койки \_\_\_\_\_  
 Плановая дата госпитализации \_\_\_\_\_

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| Код                     | _____ |
| Код                     | _____ |
| группа ВМП <sup>4</sup> | _____ |
| код ВМП                 | _____ |
| Код                     | _____ |
| Код                     | _____ |
| Дата                    | _____ |

Руководитель  
 медицинской организации \_\_\_\_\_  
 (уполномоченное лицо) (подпись) (расшифровка подписи)

Исполнитель \_\_\_\_\_  
 (должность) (подпись) (расшифровка подписи) (телефон)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_ г.

<sup>1</sup> Медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти (далее - медицинские организации).

<sup>2</sup> ЕГИСЗ - единая государственная информационная система в сфере здравоохранения.

<sup>3</sup> МКБ-10 - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр) (далее - МКБ-10).

<sup>4</sup> ВМП - высокотехнологичная медицинская помощь (далее - ВМП).



Приложение № 3  
к Отчету об оказании специализированной  
медицинской помощи в рамках базовой  
программы обязательного медицинского  
страхования

Сведения

о госпитализации застрахованного лица в медицинскую организацию, функции и полномочия  
учредителей в отношении которой осуществляет Правительство Российской Федерации или  
федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с  
едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования

" \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**I. Общие сведения о медицинской организации**

Наименование  
медицинской организации<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
Наименование  
обособленного структурного  
подразделения \_\_\_\_\_  
Адрес оказания  
медицинской помощи \_\_\_\_\_  
Коэффициент дифференциации \_\_\_\_\_  
Отношение к коэффициенту спецификации \_\_\_\_\_

| КОДЫ        |  |
|-------------|--|
| Дата        |  |
| Код по СР   |  |
| ИНН         |  |
| КПП         |  |
| Код по СР   |  |
| КПП         |  |
| Код по ЕРМО |  |
| Номер ГАР   |  |
| Код         |  |

**II. Сведения о пациенте**

Единый номер полиса  
обязательного медицинского  
страхования \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_  
Пол \_\_\_\_\_

|         |  |
|---------|--|
| Признак |  |
| Дата    |  |
| Код     |  |

**III. Сведения о госпитализации застрахованного лица**

Номер случая \_\_\_\_\_  
Связь с сопутствующим случаем \_\_\_\_\_  
Номер сведений о направлении \_\_\_\_\_  
Дата начала лечения \_\_\_\_\_  
Диагноз основного заболевания \_\_\_\_\_  
Характер основного заболевания \_\_\_\_\_  
Диагноз сопутствующего заболевания \_\_\_\_\_  
Диагноз осложнения заболевания \_\_\_\_\_

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Дата                       |  |
| Дата                       |  |
| Дата                       |  |
| Дата                       |  |
| Код по МКБ-10 <sup>2</sup> |  |
| Код                        |  |
| Код по МКБ-10              |  |
| Код по МКБ-10              |  |
| Код по МКБ-10              |  |
| Код по МКБ-10              |  |

Форма оказания медицинской помощи \_\_\_\_\_  
 Условие оказания медицинской помощи \_\_\_\_\_  
 Профиль медицинской помощи \_\_\_\_\_  
 Наименование отделения \_\_\_\_\_  
 Профиль койки \_\_\_\_\_  
 Сведения о сложности лечения пациента \_\_\_\_\_

|     |       |
|-----|-------|
| Код | _____ |
| Код | _____ |
| Код | _____ |
| Код | _____ |
| Код | _____ |
| Код | _____ |
| Код | _____ |

Номер истории болезни \_\_\_\_\_

Руководитель  
 медицинской организации \_\_\_\_\_  
 (уполномоченное лицо) (подпись) (расшифровка подписи)

Исполнитель \_\_\_\_\_  
 (должность) (подпись) (расшифровка подписи) (телефон)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_ г.

<sup>1</sup> Медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти (далее - медицинские организации).

<sup>2</sup> МКБ-10 - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр) (далее - МКБ-10).

Приложение № 4  
к Отчету об оказании специализированной  
медицинской помощи в рамках базовой  
программы обязательного медицинского  
страхования

Сведения

об оказании медицинской организацией, функции и полномочия учредителей в отношении которой  
осуществляет Правительство Российской Федерации или федеральный орган исполнительной  
власти, медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы  
обязательного медицинского страхования

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**I. Общие сведения о медицинской организации**

Наименование  
медицинской организации<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
Наименование  
обособленного структурного  
подразделения \_\_\_\_\_  
Адрес оказания  
медицинской помощи \_\_\_\_\_  
Коэффициент дифференциации \_\_\_\_\_  
Отношение к коэффициенту спецификации \_\_\_\_\_

| КОДЫ        |       |
|-------------|-------|
| Дата        | _____ |
| Код по СР   | _____ |
| ИНН         | _____ |
| КПП         | _____ |
| Код по СР   | _____ |
| КПП         | _____ |
| Код по ЕРМО | _____ |
| Номер ГАР   | _____ |
| Код         | _____ |

**II. Сведения о пациенте**

Единый номер полиса  
обязательного медицинского  
страхования \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_  
Пол \_\_\_\_\_

|         |       |
|---------|-------|
| Признак | _____ |
| Дата    | _____ |
| Код     | _____ |

**III. Сведения об оказании медицинской помощи**

Номер случая \_\_\_\_\_  
Связь с сопутствующим случаем \_\_\_\_\_  
Дата окончания лечения \_\_\_\_\_  
Форма оказания медицинской помощи \_\_\_\_\_  
Условия оказания медицинской помощи \_\_\_\_\_  
Наименование отделения \_\_\_\_\_  
Диагноз основного заболевания \_\_\_\_\_  
Характер основного заболевания \_\_\_\_\_  
Диагноз сопутствующего заболевания \_\_\_\_\_  
Диагноз осложнения заболевания \_\_\_\_\_

|                            |       |
|----------------------------|-------|
| Дата                       | _____ |
| Дата                       | _____ |
| Дата                       | _____ |
| Код                        | _____ |
| Код                        | _____ |
| Код                        | _____ |
| Код по МКБ-10 <sup>2</sup> | _____ |
| Код                        | _____ |
| Код по МКБ-10              | _____ |
| Код по МКБ-10              | _____ |
| Код по МКБ-10              | _____ |
| Код по МКБ-10              | _____ |

|                                       |                                  |     |                      |
|---------------------------------------|----------------------------------|-----|----------------------|
| Результат лечения                     | _____                            | Код | <input type="text"/> |
| Исход заболевания                     | _____                            | Код | <input type="text"/> |
| Сведения о сложности лечения пациента | _____ (единичная, множественная) | Код | <input type="text"/> |
| Наименование сложности лечения        | _____                            | Код | <input type="text"/> |
| Сведения о прерывании случая          | _____                            | Код | <input type="text"/> |

### III.I Сведения об оказанной высокотехнологической медицинской помощи

|  |       |               |                      |
|--|-------|---------------|----------------------|
| Номер группы ВМП <sup>3</sup>            | _____ | Код           | <input type="text"/> |
| Профиль медицинской помощи               | _____ | Код           | <input type="text"/> |
| Наименование вида ВМП                    | _____ | Код           | <input type="text"/> |
| Диагноз по которому производится лечение | _____ | Код по МКБ-10 | <input type="text"/> |
| Модель пациента                          | _____ | Код           | <input type="text"/> |
| Вид лечения                              | _____ | Код           | <input type="text"/> |
| Метод лечения                            | _____ | Код           | <input type="text"/> |

Расчет стоимости оказанной высокотехнологической медицинской помощи

| Значение                    |                       |                             | Стоимость, рублей |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------|
| норматива финансовых затрат | доли заработной платы | коэффициента дифференциации |                   |
|                             |                       |                             |                   |

### III.II Сведения об оказанной специализированной медицинской помощи за исключением высокотехнологической медицинской помощи

|   |       |               |                      |
|---|-------|---------------|----------------------|
| Номер группы  | _____ | Код           | <input type="text"/> |
| Профиль медицинской помощи  | _____ | Код           | <input type="text"/> |
| Наименование КСГ <sup>4</sup>   | _____ | Код           | <input type="text"/> |
| Диагноз по которому производится лечение                                | _____ | Код по МКБ-10 | <input type="text"/> |
| Наименование медицинских услуг, являющихся критерием отнесения к группе | _____ | Код           | <input type="text"/> |
| Дополнительный критерий отнесения случая к группе                       | _____ | Код           | <input type="text"/> |

Расчет стоимости оказанной специализированной медицинской помощи

| Значение                             |                         |   |                             |   |                        |   |                                 | Стоимость, рублей |
|--------------------------------------|-------------------------|---|-----------------------------|---|------------------------|---|---------------------------------|-------------------|
| среднего норматива финансовых затрат | коэффициента приведения | коэффициента относительной затратоемкости | коэффициента дифференциации | доли заработной платы и прочих расходов | коэффициента специфики | коэффициента сложности лечения пациента | коэффициента прерванного случая |                   |
|                                      |                         |   |                             |   |                        |   |                                 |                   |

### III.III Детализация сведений о лечении онкологического заболевания

|   |       |                          |
|---|-------|--------------------------|
| Повод обращения                               | _____ |                          |
| Стадия заболевания                            | _____ |                          |
| Масса тела (кг)                               | _____ |                          |
| Рост (см)                                     | _____ |                          |
| Площадь поверхности тела (м <sup>2</sup> )    | _____ |                          |
| Значение Tumor                                | _____ |                          |
| Значение Nodus                                | _____ |                          |
| Значение Metastasis                           | _____ |                          |
| Выявление отдаленных метастазов               | _____ |                          |
| Количество типов оказанных медицинских услуг  | _____ |                          |
| Тип хирургического лечения                    | _____ | Код <input type="text"/> |
| Линия лекарственной терапии                   | _____ | Код <input type="text"/> |
| Цикл лекарственной терапии                    | _____ |                          |
| Количество фракций проведения лучевой терапии | _____ |                          |
| Тип лучевой терапии                           | _____ | Код <input type="text"/> |
| Суммарная очаговая доза                       | _____ |                          |

## Диагностические мероприятия

| Дата взятия | Диагностический показатель |     | Результат диагностики |     | Сведения о получении результата диагностики |
|-------------|----------------------------|-----|-----------------------|-----|---|
|             | Тип                        | Код | Наименование          | Код |   |
|             |                            |     |                       |     |   |
|             |                            |     |                       |     |   |

## Сведения о введенных противоопухолевых лекарственных препаратах

| Дата введения | Схема лечения пациента |     | Доза введения | Идентификатор лекарственного препарата | Код маркировки лекарственного препарата |
|---------------|------------------------|-----|---------------|--|---|
|               | Наименование           | Код |               |  |   |
|               |                        |     |               |  |   |
|               |                        |     |               |  |   |

## Сведения о проведении консилиума

| Цель проведения консилиума | Дата проведения консилиума |
|----------------------------|----------------------------|
|                            |                            |
|                            |                            |

Руководитель  
медицинской организации  
(уполномоченное лицо)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Исполнитель

\_\_\_\_\_ (должность)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_ (телефон)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_ г.

<sup>1</sup> Медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти (далее - медицинские организации).

<sup>2</sup> МКБ-10 - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр) (далее - МКБ-10).

<sup>3</sup> ВМП - высокотехнологичная медицинская помощь (далее - ВМП).

<sup>4</sup> КСГ - клинико-статистическая группа.

Приложение № 2  
к приказу Федерального фонда  
обязательного медицинского страхования  
от 16.03.2021 № 21

**Порядок и сроки  
направления медицинскими организациями, функции и полномочия  
учредителей в отношении которых осуществляют Правительство  
Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти,  
информации об оказании специализированной медицинской помощи в  
рамках базовой программы обязательного медицинского страхования**

1. Настоящие порядок и сроки устанавливают порядок и сроки направления медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти (далее – федеральная медицинская организация), информации об оказании специализированной медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (далее – информация), в период до утверждения в соответствии с частью 3<sup>2</sup> статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»<sup>1</sup> Правительством Российской Федерации порядка распределения и перераспределения объемов предоставления специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, между медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти (далее – переходный период)<sup>2</sup>.

2. Информация направляется федеральной медицинской организацией и (или) ее обособленным структурным подразделением в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в форме электронного документа в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования по форме «Отчет об оказании специализированной медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования» (далее – Отчет), установленной настоящим приказом.

<sup>1</sup> Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2020, № 50, ст. 8075.

<sup>2</sup> Пункт 3 постановления Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 г. № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2021, № 2, ст. 384; 2021, № 12, ст. 2000).

3. Отчет составляется по состоянию на 1 число месяца, следующего за отчетным периодом, и представляется в течение переходного периода ежемесячно, не позднее пяти рабочих дней со дня окончания отчетного периода, за исключением случая, указанного в пункте 7 настоящих порядка и сроков.

4. Приложения №№ 1 - 4 к Отчету составляются по каждому случаю получения федеральной медицинской организацией направления застрахованного лица для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования (далее – направление), рассмотрения указанного направления, госпитализации застрахованного лица для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования и оказания застрахованному лицу медицинской помощи и представляются не позднее трех рабочих дней со дня получения направления, рассмотрения направления, госпитализации застрахованного лица и оказания медицинской помощи застрахованному лицу, за исключением случая, указанного в пункте 7 настоящих порядка и сроков.

5. При формировании Отчета используются единые справочники и классификаторы в сфере обязательного медицинского страхования, ведение которых осуществляется в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования<sup>3</sup>.

6. Отчет подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью руководителя федеральной медицинской организации или уполномоченного им лица федеральной медицинской организации.

7. Отчеты за период с 1 января 2021 г. до дня вступления в силу приказа, которым установлены настоящие порядок и сроки, направляются в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в течение десяти рабочих дней со дня вступления его в силу.

---

<sup>3</sup> Статья 44<sup>1</sup> Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2020, № 50, ст. 8075).