

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ
от 16 августа 2011 г. N 145

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ И ПОРЯДКА
ВЕДЕНИЯ ОТЧЕТНОСТИ Н ПГ "ОРГАНИЗАЦИЯ ЗАЩИТЫ ПРАВ
ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ"**

Во исполнение [пункта 5 части 8 статьи 33](#) 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; 2011, N 25, ст. 3529) и с целью совершенствования организации защиты прав и законных интересов застрахованных лиц и контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования приказываю:

Письмом ФФОМС от 22.03.2013 N 2604/30-и сообщены изменения, внесенные в электронную форму отчетности Н ПГ, и в порядок ее ведения. См. форму с учетом изменений в MS-Excel.

Письмом ФФОМС от 01.03.2012 N 1277/30-3/и направлены [разъяснения](#) по порядку заполнения формы отчетности Н ПГ "Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования".

1. Утвердить [форму](#) отчетности Н ПГ "Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования" (Приложение N 1) и [Порядок](#) ведения формы отчетности Н ПГ "Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования" (Приложение N 2).

2. Ввести в действие утвержденную [форму](#) отчетности Н ПГ "Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования", начиная с представления отчета за 2011 год.

3. Управлению организации обязательного медицинского страхования (С.Г. Кравчук) совместно с Управлением информационно-аналитических технологий (Ю.А. Нечепоренко) обеспечить прием и обработку [формы](#) отчетности Н ПГ.

4. Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования принять к исполнению утвержденные настоящим Приказом [форму](#) отчетности Н ПГ "Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования" и [Порядок](#) ведения формы отчетности Н ПГ "Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования" и обеспечить сбор, обработку и предоставление соответствующей отчетности в установленные сроки.

5. Руководителям страховых медицинских организаций обеспечить представление в территориальные фонды обязательного медицинского страхования отчетности в установленные сроки.

Председатель
А.В.ЮРИН

Согласовано
Заместитель
Министра здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
В.С.БЕЛОВ

Приложение N 1
к Приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от 16 августа 2011 г. N 145

Письмом ФФОМС от 22.03.2013 N 2604/30-и сообщены изменения, внесенные в электронную форму отчетности N ПГ, и порядок ее ведения. См. форму с учетом изменений в MS-Excel.

Письмом ФФОМС от 01.03.2012 N 1277/30-3/и направлены **разъяснения** по порядку заполнения формы отчетности N ПГ "Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования".

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗАЩИТЫ ПРАВ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ
В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
за январь - _____ 20__ года
(нарастающим итогом)

Наименование организации _____
Почтовый адрес _____

--

Представляют	Сроки представления
Страховые медицинские организации, филиалы территориального фонда обязательного медицинского страхования - территориальному фонду обязательного медицинского страхования	В сроки, установленные территориальным фондом обязательного медицинского страхования
Территориальные фонды обязательного медицинского страхования - Федеральному фонду обязательного медицинского страхования	Не позднее 45 дней, после отчетного периода, за год - 15 марта после отчетного периода

Форма N ПГ

Утверждена
Приказом Федерального
фонда обязательного
медицинского страхования
от _____ N _____

Квартальная
Годовая

Наименование отчитывающейся организации			
Почтовый адрес			
Код формы по ОКУД	Код		
	отчитывающейся организации по ОКПО		
1	2	3	4

Таблица 1.1

ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

Виды обращений	N стр.	Количество поступивших обращений за отчетный период						
		ТФОМС			СМО			итого
		устных	письменных	всего	устных	письменных	всего	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Всего обращений, в том числе:	1							
по телефону "горячей линии"	1.1		X			X		
по сети "Интернет"	1.2	X			X			
Жалобы	2							
Заявлений, всего: в т.ч.:	3	X			X			
о выделении средств для оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи	3.1	X			X			
о выборе и замене СМО, в том числе:	3.2	X			X			
о выборе СМО	3.2.1	X			X			
о замене СМО	3.2.2	X			X			
ходатайства о регистрации в качестве застрахованного лица	3.3	X			X	X	X	

ходатайства об идентификации в качестве застрахованного лица	3.4	X			X	X	X	
о выдаче дубликата (переоформлении) полиса ОМС, в том числе:	3.5	X			X			
о переоформлении полиса	3.5.1	X			X			
о выдаче дубликата полиса	3.5.2	X			X			
другие,	3.6	X			X			
в том числе по вопросам, не относящимся к сфере ОМС	3.6.1	X			X			
Обращения за консультацией (разъяснением), в том числе:	4							
об обеспечении полисами ОМС, в т.ч.:	4.1							
об обеспечении полисами ОМС иностранных граждан, беженцев	4.1.1							
о выборе МО в сфере ОМС	4.2							
о выборе врача	4.3							
о выборе или замене СМО	4.4							
об организации работы МО	4.5							
о санитарно-гигиеническом состоянии МО	4.6							
об этике и деонтологии медицинских работников	4.7							
о КМП	4.8							
о лекарственном обеспечении при оказании медицинской помощи	4.9							
об отказе в оказании	4.10							

[illegible]

программам ОМС, всего, из них:													
на территории страхования	15.1												
вне территории страхования	15.2												
неправомерное распространение персональных данных	16												
прочие причины	17												
в том числе по вопросам, не относящимся к сфере ОМС	17.1												

Таблица 2.1

ДОСУДЕБНАЯ ЗАЩИТА ПРАВ ЗАСТРАХОВАННЫХ

	N стр.	Спорные случаи, разрешенные в досудебном порядке				
		количество случаев, всего	из них удовлетворено	из них с материальным возмещением	в том числе	
					сумма, возмещенная МО (руб.)	сумма, возмещенная СМО (руб.)
1	2	3	4	5	6	7
ТФОМС	1					
СМО	2					
Итого	3					

Таблица 2.2

СУДЕБНАЯ ЗАЩИТА ПРАВ ЗАСТРАХОВАННЫХ

Лица, обратившиеся за защитой прав застрахованных	N	Спорные случаи, рассматриваемые в судебном порядке						Сумма возмещения по удовлетворенным искам к МО, руб.			Сумма возмещения по удовлетворенным искам к СМО, руб.			Сумма возмещения по удовлет- воренным искам к ТФОМС, руб.
		дел в производстве на начало отчетного периода	подано исков за отчетный период	количество рассмотренных исков				всего	в т.ч.		всего	в т.ч.		
				всего	в т.ч.				с мате- риальным возмеще- нием	с мо- ральным вредом		с мате- риальным возмеще- нием	с мо- ральным вредом	
					отка- зано	удовлет- ворено	прекра- щено дел							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Застрахованный	1													
ТФОМС	2													
СМО	3													
Представитель застрахованного	4													
Прокуратура	5													
Итого	6													

Таблица 2.3

ПРИЧИНЫ ОБРАЩЕНИЙ, ПРИЗНАННЫХ ОБОСНОВАННЫМИ, И ПОКАЗАТЕЛИ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТФОМС И СМО ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПРАВ ЗАСТРАХОВАННЫХ

Причины обращений, признанных обоснованными	N стр.	Спорные случаи, разрешены и удовлетворены в досудебном порядке			Спорные случаи, рассмотренные и удовлетворенные в судебном порядке по инициативе					
		ТФОМС	СМО	итого	ТФОМС	СМО	застра- хованного	предста- вителя	проку- ратуры	итого

деонтология медицинских работников										
КМП	11									
лекарственное обеспечение при оказании медицинской помощи	12									
отказ в медицинской помощи по программам ОМС, всего, из них:	13									
на территории страхования	13.1									
вне территории страхования	13.2									
неисполнение СМО обязанностей по договору	14									
взимание денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС, всего, из них:	15									
на территории страхования	15.1									
вне территории страхования	15.2									
неправомерное распространение персональных данных	16									
прочие причины	17									

Таблица 2.4

ВОЗМЕЩЕНИЕ РАСХОДОВ

[illegible]

Таблица 3.2

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНОГО МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ

	N стр.	ТФОМС			
		амбулаторно- поликлини- ческой медицинской помощи	стационарной медицинской помощи	стационаро- замещающей медицинской помощи	всего
1	2	3	4	5	6
Количество предъявленных к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь по территориальной программе ОМС (тыс.)	1				
Количество счетов, подвергшихся повторному МЭК	2				
в плановом порядке	2.1				
по претензиям МО	2.2				
по другим причинам	2.3				
Количество счетов, необоснованно отклоненных СМО	3				
Количество счетов, содержащих нарушения, не выявленные СМО, в т.ч.:	4				
нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов	4.1				
нарушения, связанные с принадлежностью	4.2				

застрахованного лица к СМО					
нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС	4.3				
нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь	4.4				
нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности	4.5				
нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи, в т.ч.:	4.6				
включение в счет амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре	4.6.1		X		
включение в счет пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре	4.6.2	X		X	
повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской	4.6.3				

плановом порядке										
взимание платы с застрахованных лиц за медицинскую помощь	8									
нарушения, связанные с предъявлением на оплату счетов и реестров счетов	9									
прочие нарушения в соответствии с Перечнем	10									

Таблица 3.5

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНОЙ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

	N стр.	ТФОМС			
		амбула-торно-поликлинической медицинской помощи	стационарной медицинской помощи	стационарно-мещающей медицинской помощи	всего
1	2	3	4	5	6
Общее количество проведенных повторных МЭЭ	1				
Общее количество страховых случаев, по которым проведена повторная МЭЭ, в т.ч.:	2				
в плановом порядке	2.1				
по претензиям МО	2.2				
по другим причинам	2.3				
Количество страховых случаев, необоснованно признанных СМО дефектными	3				
Количество страховых случаев,	4				

содержащих дефекты (нарушения), не выявленные СМО					
Выявлено нарушений, всего, в т.ч.:	5				
дефекты оформления первичной медицинской документации, всего, в т.ч.	6				
непредставление первичной медицинской документации без уважительных причин	6.1				
дефекты оформления и ведения первичной документации	6.2				
несоответствие данных первичной документации данным счетов (реестра счетов)	6.3				
нарушения при оказании медицинской помощи, всего, в т.ч.	7				
нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядком и (или) стандартами медицинской помощи	7.1				
необоснованное несоблюдение сроков оказания медицинской помощи	7.2				
нарушения, связанные с госпитализацией застрахованного лица	7.3				
нарушения информированности застрахованных лиц	8				
нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц, всего, в т.ч.	9				
несоблюдение условий	9.1				

[illegible]

всего, в т.ч.										
нарушения условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке	7.1									
необоснованный отказ в получении медицинской помощи, включенной в территориальную программу ОМС, в т.ч.	7.2									
гражданам, находящимся за пределами территории страхования	7.2.1									
взимание платы с застрахованных лиц за медицинскую помощь	7.3									
приобретение застрахованным лицом ЛП в период пребывания в стационаре	7.4									
нарушений прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации и врача	7.5									
нарушения врачебной этики и деонтологии	8									
прочие нарушения в соответствии с Перечнем	9									

Таблица 4.1

РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ
ПРИ МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ВЗАИМОРАСЧЕТАХ

	N стр.	ТФОМС			
		амбулатор-	стацио-	стацио-	всего

		но-поли- клиничес- кой меди- цинской помощи	нарной медицин- ской помощи	нарозаме- щающей медицинс- кой помощи	
1	2	3	4	5	6
Количество предъявленных к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь по базовой программе ОМС (тыс.)	1				
Всего выявлено счетов, содержащих нарушения	2				
Выявлено нарушений в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов, в т.ч.:	3				
нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов	3.1				
нарушения, связанные с принадлежностью застрахованного лица к СМО	3.2				
нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС	3.4				
нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь	3.5				
нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегитимных видов медицинской деятельности	3.6				
нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи, в т.ч.:	3.7				
включение в счет	3.7.1				

амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре					
включение в счет пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре	3.7.2				
повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее	3.7.3				
прочие нарушения в соответствии с Перечнем	3.8				

Таблица 4.2

РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ
ПРИ МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ВЗАИМОРАСЧЕТАХ

	N стр.	ТФОМС			
		амбула- торно- поликли- нической медицин- ской помощи	стацио- нарной медицин- ской помощи	стацио- нарно- мещающей медицин- ской помощи	всего
1	2	3	4	5	6
Общее количество проведенных медико-экономических экспертиз	1				
Всего рассмотрено страховых случаев при проведении медико-экономических экспертиз, в том числе:	2				
выявлено страховых случаев, содержащих нарушения	2.1				

Выявлено нарушений, всего, в т.ч.:	3				
дефекты оформления первичной медицинской документации, всего, в т.ч.	4				
непредставление первичной медицинской документации без уважительных причин	4.1				
дефекты оформления и ведения первичной документации	4.2				
несоответствие данных первичной документации данным счетов (реестра счетов)	4.3				
нарушения при оказании медицинской помощи, всего, в т.ч.	5				
нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядками и (или) стандартами медицинской помощи	5.1				
необоснованное несоблюдение сроков оказания медицинской помощи	5.2				
нарушения, связанные с госпитализацией застрахованного лица	5.3				
нарушения информированности застрахованных лиц	6				
нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц, всего, в т.ч.	7				
нарушения условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке	7.1				

нарушения, связанные с предъявлением на оплату счетов и реестров счетов	7.2				
взимание платы с застрахованных лиц за медицинскую помощь	8				
прочие нарушения в соответствии с Перечнем	9				

Таблица 4.3

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ВЗАИМОРАСЧЕТАХ

	N стр.	ТФОМС			
		амбула- торно- поликли- нической медицин- ской помощи	стацио- нарной медицин- ской помощи	стацио- нароза- мещающей медицин- ской помощи	всего
1	2	3	4	5	6
Общее количество экспертиз качества медицинской помощи, в т.ч.	1				
Всего рассмотрено страховых случаев при проведении повторных экспертиз качества медицинской помощи, в том числе:	2				
выявлено страховых случаев, содержащих нарушения	2.1				
Выявлено нарушений, всего, в т.ч.:	3				
дефекты оформления первичной медицинской документации, всего, в т.ч.	4				

непредставление первичной медицинской документации без уважительных причин	4.1				
дефекты оформления и ведения первичной документации	4.2				
несоответствие данных первичной документации данным счетов (реестра счетов)	4.3				
нарушения при оказании медицинской помощи, всего, в т.ч.	5				
нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядками и (или) стандартами медицинской помощи	5.1				
необоснованное несоблюдение сроков оказания медицинской помощи	5.2				
нарушения, связанные с госпитализацией застрахованного лица	5.3				
прочие нарушения при оказании медицинской помощи	5.4				
нарушения информированности застрахованных лиц	6				
нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц, всего, в т.ч.	7				
нарушения условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке	7.1				
необоснованный отказ в получении медицинской помощи,	7.2				

включенной в территориальную программу ОМС, в т.ч.					
гражданам, находящимся за пределами территории страхования	7.2.1				
взимание платы с застрахованных лиц за медицинскую помощь	7.3				
приобретение застрахованным лицом ЛП в период пребывания в стационаре	7.4				
нарушений прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации и врача	7.5				
нарушения врачебной этики и деонтологии	8				
прочие нарушения в соответствии с Перечнем	9				

Таблица 5

КАДРЫ И ИХ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

	N стр.	Работающие в качестве штатных сотрудников:		Привлекаемые на договорной основе:		Всего		
		в ТФОМС	в СМО	ТФОМС	СМО	ТФОМС	СМО	ИТОГО
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Число специалистов, участвующих в деятельности по обеспечению прав застрахованных лиц, всего, в том числе:	1							
в организации и проведении МЭК, МЭЭ,	1.1							

ЭКМП из них:								
специалисты, осуществляющие МЭК	1.1.1							
специалисты- эксперты	1.1.2							
эксперты качества медицинской помощи, в т.ч.:	1.1.3							
эксперты качества медицинской помощи, включенные в территориальный реестр данного субъекта Российской Федерации	1.1.3.1							
эксперты качества медицинской помощи, из числа включенных в единый реестр, принимавшие участие в проведении ЭКМП в субъекте Российской Федерации	1.1.3.2							
Прошли подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС за отчетный период	2							
Имеют квалификационную категорию - всего, в том числе:	3							
высшую	3.1							
первую	3.2							
вторую	3.3							
Имеют ученую степень, всего, в том числе:	4							
кандидата медицинских наук	4.1							

доктора медицинских наук	4.2							
--------------------------	-----	--	--	--	--	--	--	--

Таблица 6

ФИНАНСОВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ,
КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОМС

	Н стр.	ТФОМС	СМО	ИТОГО
1	2	3	4	5
Остаток средств, поступивших от медицинских организаций по результатам контроля на начало отчетного периода	1			
Сумма средств, направленная МО за оказанную медицинскую помощь (руб.)	2			
Сумма, не подлежавшая оплате (сумма уменьшения оплаты, возмещения) МО в результате предъявления санкций за нарушения выявленные (руб.), всего, в т.ч.:	3			
по результатам МЭК, в т.ч.:	3.1			
сумма, не подлежавшая оплате (сумма уменьшения оплаты, возмещения) МО в результате необоснованного предъявления к оплате	3.1.1			
сумма средств, поступивших от МО в результате уплаты штрафов	3.1.2			
по результатам МЭЭ, в т.ч.:	3.2			
сумма, не подлежавшая оплате (сумма уменьшения оплаты, возмещения) МО в результате необоснованного предъявления к оплате	3.2.1			
сумма средств, поступивших от МО в результате уплаты штрафов	3.2.2			
по результатам ЭКМП	3.3			

сумма, не подлежавшая оплате (сумма уменьшения оплаты, возмещения) МО в результате необоснованного предъявления к оплате	3.3.1			
сумма средств, поступивших от МО в результате уплаты штрафов	3.3.2			
всего: сумма, не подлежавшая оплате (сумма уменьшения оплаты, возмещения) необоснованно предъявленных к оплате	3.4			
всего получено в результате уплаты штрафов	3.5			
Использовано средств, поступивших по результатам контроля, всего, из них направлено:	4			
на предупреждение (снижение) дефектов (нарушений) в оказании медицинской помощи, в т.ч.:	5			
на проведение мероприятий по информированию застрахованных лиц	5.1			
на финансирование профилактических мероприятий	5.2			
на внедрение современных технологий в МО	5.3			
на оплату медицинской помощи	6			
на формирование собственных средств, в т.ч. на ведение дела и НСЗ, в т.ч.:	7			
на организацию и проведение контроля, включая:	8			
оплату труда экспертов качества медицинской помощи, не являющихся сотрудниками	8.1			
обучение специалистов, занятых в организации и проведении контроля, в т.ч.	8.1.1			
обучение экспертов качества медицинской помощи	8.1.2			

Остаток средств, удержанных с медицинских учреждений по результатам контроля на конец отчетного периода	9			
---	---	--	--	--

Таблица 7

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ОБЪЕМОМ, ДОСТУПНОСТЬЮ И КАЧЕСТВОМ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ДАННЫМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА

Результаты социологического опроса	N стр.	СМО						ТФОМС					
		коли- чество (абс.)	удовлет- ворены качест- вом мед. помощи	не удов- летворены качеством медицин- ской	больше удовлет- ворены, чем не удовлет- ворены	удовлет- ворены не в полной мере	затруд- нились ответить	коли- чество (абс.)	удовлет- ворены качест- вом мед. помощи	не удов- летворены качеством медицинс- кой помо- щи	больше удовлет- ворены, чем не удовлет- ворены	удовлет- ворены не в полной мере	затруд- нились ответить
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Количество опрошенных застрахованных по вопросам КМП, всего, в том числе:	1												
при получении стационарной медицинской помощи	2												
при получении стационарно-замещающей медицинской помощи	3												
при получении амбулаторно-поликлинической помощи	4												

Таблица 8.1

ИНФОРМИРОВАНИЕ ЗАСТРАХОВАННЫХ О ПРАВАХ В СФЕРЕ ОМС (СМО)

	N	Индивидуальное информирование	Публичное информирование
--	---	-------------------------------	--------------------------

	стр.	(тираж)												
		всего	памя-ток	бро-шюр	листо-вок	других информа-ционных материа-лов	всего	статьи в СМИ	выступ-ления на ра-дио	выступ-ление на ТВ	выступление в коллективах застрахованных		стенды в МО (оформ-лены или обнов-лены)	интер-нет-ресур-сы
											застра-хованные	мед. работ-ники		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Количество (абс.)														

Таблица 8.2

ИНФОРМИРОВАНИЕ ЗАСТРАХОВАННЫХ О ПРАВАХ В СФЕРЕ ОМС (ТФОМС)

	N стр.	Индивидуальное информирование (тираж)					Публичное информирование							
		всего	памя-ток	бро-шюр	листо-вок	других информа-ционных материа-лов	всего	статьи в СМИ	выступ-ления на ра-дио	выступ-ление на ТВ	выступление в коллективах застрахованных		стенды в МО (оформ-лены или об-новле-ны)	интер-нет-ресур-сы
											застра-хованные	мед. работ-ники		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Количество (абс.)														

Таблица 8.3

ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВАХ СМО и ТФОМС в МО

Количество филиалов ТФОМС, имеющих представительства в МО субъекта РФ	Кол-во СМО, имеющих представительства в МО субъекта РФ	Кол-во МО, в которых расположены представительства СМО или ТФОМС	Количество представителей СМО и ТФОМС в МО		
			итого, из них	сотрудников ТФОМС	сотрудников СМО
1	2	3	4	5	6

Исполнитель

(Ф.И.О.) (Подпись) N телефона

Руководитель

(Ф.И.О.) (Подпись)

**ПОРЯДОК
ВЕДЕНИЯ ФОРМЫ ОТЧЕТНОСТИ "ОРГАНИЗАЦИЯ ЗАЩИТЫ ПРАВ
ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ" (ФОРМА N ПГ)**

Форма N ПГ представляется в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования по каналам связи и на бумажных носителях территориальными фондами обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации и г. Байконура.

Данные в форме N ПГ приводятся нарастающим итогом (исключение [таблица 5](#) "Кадры и их квалификационная характеристика"). К представляемой форме отчетности прилагается пояснительная записка, где указываются причины отсутствия данных в таблицах, объясняются причины повышения или снижения показателей в сравнении с аналогичным периодом предыдущего отчетного года. Кроме того, в строках и графах, где стоят записи: "прочие", "другие" и т.п., указывается числовое значение, а в пояснительной записке расшифровываются их смысловые показатели.

Филиалы территориального фонда обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации (их филиалы) представляют квартальную форму за отчетный период в территориальный фонд обязательного медицинского страхования в сроки, установленные территориальным фондом обязательного медицинского страхования, территориальный фонд обязательного медицинского страхования представляет в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования не позднее 45 дней после отчетного периода (по итогам IV квартала - до 15 марта после отчетного года).

В форме N ПГ используются следующие сокращения:

КМП - качество медицинской помощи

Контроль - контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС

ЛП - лекарственные препараты

МКБ - международный классификатор болезней

МО - медицинская организация

МЭК - медико-экономический контроль

МЭЭ - медико-экономическая экспертиза

ОМС - обязательное медицинское страхование

[Перечень](#) - Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи, утвержденный Приказом ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию", зарегистрированным в Минюсте России 28 января 2011 г. N 19614

СМО - страховая медицинская организация

ТФОМС - территориальный фонд обязательного медицинского страхования

ФОМС - Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

ЭКМП - экспертиза качества медицинской помощи.

[Таблица 1.1.](#) Обращения застрахованных лиц

В [строке 1](#) указывается общее количество обращений - изложенных в устной или в

письменной форме предложений, заявлений или жалоб застрахованных лиц или юридических лиц (предприятий, учреждений, организаций), поступивших и рассмотренных в ТФОМС (филиалы) и в СМО (филиалы).

Строка 1.1 заполняется при наличии действующего выделенного номера телефона "горячей линии".

В **строке 1.1** учитываются все обращения, поступившие по телефонам "горячей линии", организованным ТФОМС и СМО соответствующим письменным распоряжением (приказом) руководителя о специально выделенном контактном телефоне в целях обеспечения информированности застрахованных о реализации прав при оказании медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования.

Строка 1.2 заполняется при наличии действующего канала связи в сети "Интернет", e-mail для обращений застрахованных лиц.

Значение **строки 1** равно сумме **строк 2, 3, 4, 5**.

В **строке 2** указывается количество обращений с жалобами в ТФОМС (филиалы) и СМО (филиалы), прошедших регистрацию и рассмотренных в установленном порядке.

В **строке 3** указывается количество заявлений - обращений по поводу реализации прав и законных интересов застрахованных, не связанных с их нарушением, в т.ч.:

в **строке 3.1** - заявления о выделении средств для оплаты медицинской помощи в рамках утвержденной Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;

в **строке 3.2** - заявления о выборе и замене СМО, в т.ч. **строка 3.2.1** - о выборе СМО, **строка 3.2.2** - о замене СМО.

Строка 3.2 равна сумме **строк 3.2.1, 3.2.2**.

Строка 3 равна сумме **строк 3.1 - 3.6**.

В **строке 3.5** указываются заявления о переоформлении (выдаче дубликата) полиса ОМС, в т.ч.:

строка 3.5.1 - о переоформлении полиса ОМС;

строка 3.5.2 - о выдаче дубликата полиса ОМС.

Строка 3.5 равна сумме **строк 3.5.1, 3.5.2**.

В **строке 4** указывается количество консультаций - обращений за разъяснениями к специалистам ТФОМС и СМО.

Регистрация консультаций может не содержать сведений об обратившемся, но производится в установленном порядке.

В **строке 4.14** "другие" указываются обращения за консультацией (разъяснением) также по вопросам, не относящимся к сфере ОМС, в т.ч. о санаторно-курортном лечении.

Значение **строки 4** равно сумме **строк 4.1 - 4.14**.

В **строке 5** указывается количество предложений - обращений, содержащих указания на недостатки в работе участников и субъектов сферы ОМС, не связанных с нарушением прав и интересов граждан, подавших обращение, а также на конкретные пути и способы решения затронутых проблем.

Таблица 1.2. Жалобы и их причины

В **таблице** проводится анализ только обращений с жалобами и их причин.

В **таблицу** включаются обращения по поводу восстановления нарушенных прав и интересов застрахованных, несогласия с решением, действием (бездействием) участников и субъектов сферы ОМС, затрагивающим права застрахованных лиц, установленные законодательством по ОМС, в котором выражено недовольство действиями (бездействиями) должностных лиц, служащих, работников организаций (учреждений), осуществляющих деятельность в сфере ОМС, либо содержится указание на неправомерность каких-либо действий, несоответствие этих действий положениям и предписаниям нормативно-правовых документов, действующих в сфере ОМС.

В **строке 1** указывается количество поступивших обращений с жалобами в ТФОМС (филиалы) и СМО (филиалы), прошедших регистрацию и рассмотренных в установленном порядке в отчетном периоде.

В [строке 2](#) указывается количество причин, содержащихся в поступивших обращениях с жалобами в ТФОМС (филиалы) и СМО (филиалы), прошедших регистрацию и рассмотренных в установленном порядке.

Значение [строки 2](#) равно значению [строки 1](#) данной таблицы или больше, если в одной жалобе содержится несколько причин.

Значение [строки 2](#) равно сумме значений [строк 3 - 17](#).

В [строке 3](#) указывается количество причин, связанных только с нарушениями прав застрахованных по обеспечению полисами ОМС (несвоевременность выдачи, нарушение порядка оформления, отказ в выдаче и т.п.). Не учитываются консультации по вопросам обеспечения полисами.

В [строке 4](#) указывается количество жалоб по причине выбора МО, из них:

[строка 4.1](#) выбор МО в субъекте Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС;

[строка 4.1](#) выбор МО за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС.

[Строка 4](#) равна сумме [строк 4.1 - 4.2](#).

В [строке 6](#) указывается количество жалоб по причине выбора и замены СМО, из них:

[строка 6.1](#) по постоянному месту жительства;

[строка 6.2](#) вне постоянного места жительства;

[строка 6.3](#) без регистрации на территории Российской Федерации.

[Строка 6](#) равна сумме [строк 6.1 - 6.3](#).

В [строке 7](#) указывается количество причин, связанных с нарушением организации работы МО (нарушения размещения больных в круглосуточных стационарах, стационарозамещающих учреждениях, отсутствие мест для пациентов, ожидающих прием в АПУ, превышение предельного времени ожидания приема посещения врачом на дому, несовпадение графика работы участкового врача и вспомогательных подразделений и т.п.).

В [строке 9](#) указывается количество причин, связанных с материально-техническим обеспечением МО (отсутствие или недостаточное количество медицинской техники и т.п.).

В [строке 12](#) указывается количество жалоб, связанных с нарушениями в лекарственном обеспечении граждан при оказании медицинской помощи в стационаре, в стационарозамещающем учреждении в амбулаторно-поликлиническом учреждении без затрат личных средств застрахованных лиц.

В [строке 14](#) указывается количество причин, связанных с неисполнением или ненадлежащим исполнением СМО обязанностей по договору (недостаточное информирование застрахованных лиц, несвоевременное включение в реестр застрахованного лица и т.д.).

В [строке 15](#) указывается количество причин, связанных с взиманием денежных средств граждан за медицинскую помощь по программе ОМС, в т.ч. лекарственному обеспечению (не включаются обращения без затрат граждан), в т.ч. на территории страхования, вне территории страхования.

[Строка 15](#) равна сумме [строк 15.1, 15.2](#).

В [строке 16](#) жалобы по причине неправомерного распространения персональных данных застрахованных лиц.

В [строке 17](#) указываются причины, не упомянутые в разделе, в т.ч. не относящиеся к сфере ОМС ([строка 17.1](#)).

[Таблица 2.1. Досудебная защита прав застрахованных](#)

В [таблице](#) проводится анализ только спорных случаев по жалобам застрахованных лиц о нарушении их прав в сфере ОМС, разрешенных в досудебном порядке.

В [таблицу](#) включаются спорные случаи, по которым вынесено решение, относящееся к разрешенным (графы 3 - 7).

К удовлетворенным случаям (графа 4) относятся завершившиеся восстановлением прав застрахованного лица в сфере ОМС и разрешившиеся при письменном согласии пациента на предлагаемый МО или СМО вариант урегулирования сложившейся ситуации.

В графе 6 указывается сумма возмещенных денежных средств застрахованному лицу МО.

В графе 7 указывается сумма возмещенных денежных средств застрахованному лицу СМО.

Обращения, разрешенные в отчетном периоде, отражаются в [таблице 2.1](#) вне зависимости от фактической даты возмещения денежных средств (в отчетном или следующем году).

Графа 4 меньше или равна графе 3.

Графа 5 меньше или равна графе 4. Графа 5 равна сумме граф 6 и 7.

[Строка 3](#) равна сумме [строк 1](#) и [2](#) по всем графам.

В пояснительной записке указывается количество случаев, находящихся на рассмотрении и не включенных в количество разрешенных спорных случаев в досудебном порядке.

[Таблица 2.2.](#) Судебная защита прав застрахованных

[Таблица](#) заполняется ТФОМС (их филиалами), СМО, использующими практику судебной защиты прав застрахованных, а также на основе сведений, полученных в судебных органах.

В [таблице](#) проводится анализ спорных случаев, рассмотренных в судебном порядке, а также сумма возмещенных денежных средств по удовлетворенным искам застрахованных лиц, представителей застрахованных лиц, ТФОМС, СМО и прокуратуры к МО и СМО.

В графе 5 указывается общее количество рассмотренных исков. Графа 5 равна сумме граф 6, 7, 8 по всем строкам.

В графе 9 указывается сумма возмещения денежных средств по удовлетворенным искам к МО. Графа 9 равна сумме граф 10, 11.

В графе 12 указывается сумма граф 13, 14.

В [строке 6](#) указывается сумма [строк 1, 2, 3, 4, 5](#) по всем графам.

[Таблица 2.3.](#) Причины обращений, признанные обоснованными, и показатели деятельности ТФОМС и СМО по обеспечению прав застрахованных

В [таблице](#) проводится анализ причин обращений, признанных обоснованными, рассматриваются спорные случаи, разрешенные и удовлетворенные в досудебном порядке ТФОМС и СМО, а также спорные случаи, рассмотренные и удовлетворенные в судебном порядке по инициативе ТФОМС, СМО, застрахованного, представителя застрахованного и прокуратуры.

В [строке 1](#) графы 5 указывается сумма граф 3, 4, равная [строке 3](#) графы 4 таблицы 2.1.

В [строке 2](#) указывается сумма [строк 3 - 17](#).

В [строке 4](#) указывается сумма [строк 4.1, 4.2](#).

В [строке 6](#) указывается сумма [строк 6.1 - 6.3](#).

В [строке 13](#) указывается сумма [строк 13.1 - 13.2](#).

В [строке 15](#) указывается сумма [строк 15.1 - 15.2](#).

В [строке 12](#) указывается количество причин, связанных с нарушениями в лекарственном обеспечении граждан при оказании медицинской помощи в стационаре, в стационарозамещающем учреждении, в амбулаторно-поликлиническом учреждении без затрат личных средств застрахованных лиц.

В [строке 14](#) указывается количество причин, связанных с неисполнением или ненадлежащим исполнением СМО обязанностей по договору (недостаточное информирование застрахованных лиц, несвоевременное включение в реестр застрахованного лица и т.д.).

[Таблица 2.4.](#) Возмещение расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда здоровью (регрессные иски)

В [таблице](#) проводится анализ возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью (регрессные иски) ТФОМС и СМО. В [таблице](#) указывается количество регрессных исков, предъявленных в ТФОМС и СМО застрахованным лицом, а также сумма полученных и израсходованных финансовых средств (указывается в тыс. рублей) в отчетном периоде.

В графе 3 указывается количество претензий или исков к лицу, причинившему вред здоровью застрахованного лица, в порядке возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи страховой медицинской организацией, осуществленных на основании результатов проведения экспертизы качества медицинской помощи, оформленных соответствующим актом.

В графе 4 указываются суммы финансовых средств, полученных в результате регрессных исков на момент представления отчетной формы. При этом суммы санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, не включаются.

Таблицы 3.1 - 5 заполняются в соответствии с Приказом ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию".

Таблица 3.1. Результаты медико-экономического контроля

В строке 1 указывается количество предъявленных к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь по территориальной программе ОМС (в тыс.).

В строке 2 указывается общее количество счетов, содержащих нарушения.

В строке 3 указывается общее количество нарушений в предъявленных на оплату счетов и реестров счетов.

Строка 3 равна сумме строк 3.1 - 3.7.

Графа 6 равна сумме граф 3, 4, 5.

Графа 10 равна сумме граф 7, 8, 9.

Графа 11 равна сумме граф 6, 10.

Таблица 3.2. Результаты повторного медико-экономического контроля

Таблица заполняется по результатам повторных проверок счетов, представленных (учтенных) в таблице 3.1.

В строке 1 указывается количество предъявленных к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь по территориальной программе ОМС (в тыс.).

Строка 2 равна сумме строк 2.1 - 2.3.

Строка 4 равна сумме строк 4.1 - 4.7.

Графа 6 равна сумме граф 3, 4, 5.

Графа 10 равна сумме граф 7, 8, 9.

Графа 11 равна сумме граф 6, 10.

Таблица 3.3. Результаты плановой медико-экономической экспертизы

В таблице приводятся результаты плановых МЭЭ.

Количество МЭЭ равно количеству заполняемых на каждую МЭЭ актов, каждый акт может включать несколько страховых случаев, поэтому число актов меньше либо равно числу страховых случаев.

Показатели в строке 2.1 меньше либо равны показателям строки 2.

Строка 3 равна сумме строк 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

Строка 4 равна сумме строк 4.1 - 4.3.

Строка 4 "Дефекты оформления и ведения первичной документации" включает пункты 4.2 - 4.4 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

Строка 4.3 "Несоответствие данных первичной документации данным реестра счетов" включает пункты 4.5 и 4.6, в т. 4.6.1, 4.6.2 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

Строка 5 равна сумме строк 5.1 - 5.3.

Строка 5 "Нарушения при оказании медицинской помощи" включает пункты Раздела 3 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

Строка 4 "Дефекты оформления и ведения первичной документации" включает пункты 4.2 -

4.4 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

Строка 4.3 "Несоответствие данных первичной документации данным реестра счетов" включает пункты 4.5 и 4.6, в т.ч. 4.6.1, 4.6.2 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

Графа 6 равна сумме граф 3, 4, 5.

Графа 10 равна сумме граф 7, 8, 9.

Графа 11 равна сумме граф 6, 10.

Таблица 3.4. Результаты целевой медико-экономической экспертизы

В таблице приводятся результаты целевых МЭЭ.

Показатели в строке 1 меньше либо равны показателям строки 2.

Строка 2 равна сумме строк 2.1 - 2.4.

Строка 3 равна сумме строк 4 - 10.

Строка 4 равна сумме строк 4.1 - 4.3.

Строка 4 "Дефекты оформления и ведения первичной документации" включает пункты 4.2 - 4.4 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

Строка 4.3 "Несоответствие данных первичной документации данным реестра счетов" включает пункты 4.5 и 4.6, в т.ч. 4.6.1, 4.6.2 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

Строка 5 равна сумме строк 5.1 - 5.3.

Строка 5 "Нарушения при оказании медицинской помощи" включает пункты Раздела 3 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

Строка 7 "Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц" включает пункты Раздела 1 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

Графа 6 равна сумме граф 3, 4, 5.

Графа 10 равна сумме граф 7, 8, 9.

Графа 11 равна сумме граф 6, 10.

Таблица 3.5. Результаты повторной медико-экономической экспертизы

Таблица заполняется по результатам повторных МЭЭ, представленных (учтенных) в таблицах 3.3 и 3.4.

Показатели в строке 1 меньше либо равны показателям строки 2.

Строка 2 равна сумме строк 2.1 - 2.3.

Строка 5 равна сумме строк 6 - 12.

Строка 4 равна сумме строк 4.1 - 4.3.

Строка 6 "Дефекты оформления и ведения первичной документации" включает пункты 4.2 - 4.4 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

страхованию").

Строка 6.3 "Несоответствие данных первичной документации данным реестра счетов" включает **пункты 4.5 и 4.6**, в т.ч. **4.6.1, 4.6.2** Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

Строка 6 равна сумме **строк 6.1 - 6.3**.

Строка 7 равна сумме **строк 7.1 - 7.3**.

Строка 7 "Нарушения при оказании медицинской помощи" включает пункты **Раздела 3** Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

Графа 6 равна сумме **граф 3, 4, 5**.

Строка 9 "Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц" включает пункты **Раздела 1** Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

Таблица 3.6. Результаты плановой экспертизы качества медицинской помощи

В **таблице** указывается количество проведенных плановых экспертиз качества медицинской помощи, в т.ч. методом случайной выборки, тематических.

Указывается количество рассмотренных страховых случаев, выявленных страховых случаев, содержащих нарушения, а также перечень нарушений.

Строка 1 равна сумме **строк 1.1 - 1.2**.

Строка 3 равна сумме **строк 4 - 9**.

Строка 4 "Дефекты оформления и ведения первичной документации" включает **пункты 4.2 - 4.4** Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

Строка 4.3 "Несоответствие данных первичной документации данным реестра счетов" включает **пункты 4.5 и 4.6**, в т.ч. **4.6.1, 4.6.2** Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

Строка 4 равна сумме **строк 4.1 - 4.3**.

Строка 5 равна сумме **строк 5.1 - 5.4**.

Строка 5 "Нарушения при оказании медицинской помощи" включает пункты **Раздела 3** Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

Строка 7 равна сумме **строк 7.1 - 7.5**.

Строка 7 "Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц" включает пункты **Раздела 1** Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

Графа 6 равна сумме **граф 3 - 5**.

Графа 10 равна сумме **граф 7 - 9**.

Графа 11 равна сумме **граф 6, 10**.

Таблица 3.7. Результаты целевой экспертизы качества медицинской помощи

В **таблице** указываются результаты проведенных целевых экспертиз качества медицинской

помощи, в т.ч. очных и по обращениям застрахованных лиц, а также их представителей. В [таблице](#) отражается количество выявленных страховых случаев, содержащих нарушения и перечень дефектов.

[Строка 1](#) равна сумме [строк 1.1 - 1.7](#).

[Строка 3](#) равна сумме [строк 4 - 9](#).

[Строка 4](#) равна сумме [строк 4.1 - 4.3](#).

[Строка 4](#) "Дефекты оформления и ведения первичной документации" включает [пункты 4.2 - 4.4](#) Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

[Строка 4.3](#) "Несоответствие данных первичной документации данным реестра счетов" включает [пункты 4.5 и 4.6](#), в т.ч. [4.6.1, 4.6.2](#) Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

[Строка 5](#) равна сумме [строк 5.1 - 5.4](#).

[Строка 5](#) "Нарушения при оказании медицинской помощи" включает пункты [Раздела 3](#) Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

[Строка 7](#) равна сумме [строк 7.1 - 7.5](#).

[Строка 7](#) "Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц" включает пункты [Раздела 1](#) Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

Графа 6 равна сумме граф 3 - 5.

Графа 10 равна сумме граф 7 - 9.

Графа 11 равна сумме граф 6, 10.

[Таблица 3.8](#). Результаты повторной экспертизы качества медицинской помощи

[Таблица](#) заполняется по результатам повторных ЭКМП, представленных (учтенных) в [таблицах 3.6 и 3.7](#).

В [таблице](#) общее количество повторных экспертиз качества медицинской помощи, метаэкспертиз, количество рассмотренных страховых случаев при проведении повторных экспертиз ТФОМС и СМО, количество выявленных нарушений и их перечень.

[Строка 1.1](#) меньше либо равна [строке 1](#).

[Строка 2](#) равна сумме [строк 2.1 - 2.3](#).

[Строка 2.4](#) меньше либо равна [строке 2](#).

[Строка 3](#) равна сумме [строк 4 - 9](#).

[Строка 4](#) равна сумме [строк 4.1 - 4.3](#).

[Строка 4](#) "Дефекты оформления и ведения первичной документации" включает [пункты 4.2 - 4.4](#) Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

[Строка 4.3](#) "Несоответствие данных первичной документации данным реестра счетов" включает [пункты 4.5 и 4.6](#), в т.ч. [4.6.1, 4.6.2](#) Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

[Строка 5](#) равна сумме [строк 5.1 - 5.4](#).

[Строка 5](#) "Нарушения при оказании медицинской помощи" включает пункты [Раздела 3](#)

Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

Строка 7 равна сумме строк 7.1 - 7.5.

Строка 7 "Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц" включает пункты Раздела 1 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

Графа 6 равна сумме граф 3 - 5.

Графа 10 равна сумме граф 7 - 9.

Графа 11 равна сумме граф 6, 10.

Таблица 4.1. Результаты медико-экономического контроля при межтерриториальных расчетах

В таблице указывается количество счетов (в тыс.) от медицинских организаций, предъявленных к ТФОМС за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС.

Строка 2 меньше либо равна строке 1.

Строка 3 равна сумме строк 3.1 - 3.8.

Графа 6 равна сумме граф 3, 4, 5.

Таблица 4.2. Результаты медико-экономической экспертизы при межтерриториальных взаиморасчетах

Показатели в строке 2.1 меньше либо равны показателям строки 2.

Строка 3 равна сумме строк 4 - 9.

Строка 4 равна сумме строк 4.1 - 4.3.

Строка 4 "Дефекты оформления и ведения первичной документации" включает пункты 4.2 - 4.4 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

Строка 4.3 "Несоответствие данных первичной документации данным реестра счетов" включает пункты 4.5 и 4.6, в т.ч. 4.6.1, 4.6.2 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

Строка 5 равна сумме строк 5.1 - 5.3.

Строка 5 "Нарушения при оказании медицинской помощи" включает пункты Раздела 3 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

Строка 7 равна сумме строк 7.1 - 7.2.

Строка 7 "Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц" включает пункты Раздела 1 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

Графа 6 равна сумме граф 3 - 5.

Таблица 4.3. Результаты экспертизы качества медицинской помощи при межтерриториальных взаиморасчетах

Строка 1 меньше либо равна строке 2.

Строка 2.1 меньше либо равна строке 2.

Строка 3 равна сумме строк 4 - 9.

Строка 4 равна сумме строк 4.1 - 4.3.

Строка 4 "Дефекты оформления и ведения первичной документации" включает пункты 4.2 - 4.4 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

Строка 4.3 "Несоответствие данных первичной документации данным реестра счетов" включает пункты 4.5 и 4.6, в т.ч. 4.6.1, 4.6.2 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

Строка 5 равна сумме строк 5.1 - 5.4.

Строка 5 "Нарушения при оказании медицинской помощи" включает пункты Раздела 3 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

Строка 7 равна сумме строк 7.1 - 7.5.

Строка 7 "Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц" включает пункты Раздела 1 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приказ ФОМС от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

Графа 6 равна сумме граф 3 - 5.

Таблица 5. Кадры и их квалификационная характеристика

В таблице указываются число специалистов, участвующих в деятельности по обеспечению прав застрахованных лиц, работающих в качестве штатных сотрудников и привлекаемых на договорной основе в ТФОМС и СМО.

Строка 1.1 равна сумме строк 1.1.1 - 1.1.3. Показатели суммы должны быть меньше либо равны строке 1.

Строка 1.1.3 равна сумме строк 1.1.3.1 - 1.1.3.2.

Строка 1.1.3.2 учитывает экспертов, привлекаемых из территориальных реестров иных субъектов Российской Федерации.

Строка 3 равна сумме строк 3.1 - 3.3.

Строка 4 равна сумме строк 4.1 - 4.2.

Графа 7 равна сумме граф 3, 5.

Графа 8 равна сумме граф 4, 6.

Графа 9 равна сумме граф 7 - 8.

Таблица 6. Финансовые результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС

В таблице указываются финансовые результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, включающие в себя остаток средств, поступивших от МО по результатам контроля, сумма средств, направленная МО за оказанную медицинскую помощь, сумма, не подлежащая к оплате МО в результате предъявленных санкций за выявленные нарушения по перечню, и т.д.

Данные по суммам финансовых средств приводятся нарастающим итогом в рублях, с одним десятичным знаком после запятой.

Таблица 7. Удовлетворенность объемом, доступностью и качеством медицинской помощи по данным социологического опроса

Таблица заполняется в соответствии с Приказом ФОМС от 29 мая 2009 г. N 118 "Об утверждении Методических рекомендаций "Организация проведения социологического опроса

(анкетирования) населения об удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования".

В [таблице](#) отражаются результаты социологического опроса застрахованных лиц по вопросам качества предоставляемой медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования, оказываемой в стационаре, стационарозамещающем и амбулаторно-поликлиническом учреждении.

Графа 3 равна сумме граф 4 - 8.

Графа 9 равна сумме граф 10 - 14.

[Таблица 8.1.](#) Информирование застрахованных о правах в сфере ОМС (СМО)

В [таблице](#) отражаются данные о мероприятиях СМО по индивидуальному и публичному информированию застрахованных лиц о правах в сфере ОМС.

Графа 3 равна сумме граф 4 - 7.

Графа 8 равна сумме граф 9 - 15.

[Таблица 8.2.](#) Информирование застрахованных о правах в сфере ОМС (ТФОМС)

В [таблице](#) отражаются данные о мероприятиях ТФОМС по индивидуальному и публичному информированию застрахованных лиц о правах в сфере ОМС.

Графа 3 равна сумме граф 4 - 7.

Графа 8 равна сумме граф 9 - 15.

[Таблица 8.3.](#) Информация о представительствах СМО и ТФОМС в МО

В [таблице](#) отражается количество филиалов ТФОМС, СМО, имеющих представительства в МО субъекта Российской Федерации, количество МО, в которых расположены представительства ТФОМС и СМО, а также количество сотрудников ТФОМС и СМО, работающих в представительствах.

Графа 4 равна сумме граф 5 - 6.
