

**ИНСТРУКЦИЯ
ПО УЧЕТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В УСЛОВИЯХ
КРУГЛОСУТОЧНОГО СТАЦИОНАРА И В ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРАХ (ВНЕ
СИСТЕМЫ ПОДУШЕВОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ) ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ
МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Инструкция по учету медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара и в дневных стационарах (вне системы подушевого финансирования) по обязательному медицинскому страхованию (далее - Инструкция) разработана в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", постановлением Правительства Российской Федерации от 18.10.2013 N932 "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов", постановлением Правительства Москвы от 24.12.2013 N 892-ПП "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов" в целях повышения качества и доступности медицинской помощи, рационального и эффективного использования целевых финансовых средств системы ОМС, эффективного использования коечного фонда г. Москвы.

1.2. Инструкция, разработанная на основе анализа объемов, качества, условий и структуры медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным по ОМС, регламентирует основные положения по учету медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в реализации базовой программы ОМС и территориальной программы ОМС города Москвы, осуществляющих расчеты за законченный случай госпитализации по тарифам, утвержденным в системе ОМС города Москвы.

1.3. Формирование тарифов производится в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**2. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ УЧЕТА И КОДИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОКАЗАННОЙ В УСЛОВИЯХ КРУГЛОСУТОЧНОГО СТАЦИОНАРА**

2.1. Учет законченных и прерванных случаев стационарного лечения осуществляется с использованием кодов диагнозов заболеваний (состояний) в соответствии с МКБ-10 и кодов соответствующих медицинских услуг, включенных в разделы 61/161 – 90/190 Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС (далее – медицинская услуга).

2.2. Учет случаев лечения, проведенного на основе порядков оказания медицинской помощи, и стандартов специализированной (стационарной) медицинской помощи, утвержденных приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, осуществляется в структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих коечный фонд.

2.3. В отделениях медицинской реабилитации и токсикологических отделениях стационаров учет оказанной медицинской помощи осуществляется по законченным

случаям лечения, в соответствии с кодами услуг разделов 99/199 Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС, на основе числа койко-дней, фактически проведенных пациентом в отделении.

2.4. Код медицинской услуги, используемый при учете оказанной медицинской помощи, должен соответствовать профилю отделения (исключения представлены в п. 5 Инструкции).

В случае неподтверждения направительного либо предварительного диагноза и выявления в период госпитализации заболевания, относящегося к другому профилю, с последующим переводом пациента в соответствующее отделение данной медицинской организации, весь период госпитализации учитывается кодом медицинской услуги, соответствующим окончательному диагнозу.

2.5. В соответствии с инструкциями, утвержденными приказом МЗ СССР от 04.10.1980 N 1030 и приказом Минздрава России от 30.12.2002 N 413, при поступлении в стационар оформляется первичная медицинская документация: "Медицинская карта стационарного больного" (форма N 003/у), "История родов" (форма 096/у), "Медицинская карта прерывания беременности" (форма 003-1/у). В первичной медицинской документации в обязательном порядке отражаются следующие сведения:

2.5.1. серия и номер полиса обязательного медицинского страхования пациента, а также код и наименование страховой медицинской организации, его застраховавшей;

2.5.2. данные обследования пациента (включая консультации врачей), проведенного в период подготовки к плановой госпитализации. Данные обследования считаются действительными в течение срока, установленного ведомственными нормативно-методическими документами.

2.6. Для статистического учета всех выбывших из стационара (выписанных, умерших, переведенных в другие стационары) в больничных учреждениях заполняется "Статистическая карта выбывшего из стационара" (форма 66/у-02), которая составляется на основании записей в первичной медицинской документации, включая эпикриз.

При переводе больного из одного отделения стационара в другое (этой же медицинской организации) "Статистическая карта выбывшего из стационара" составляется в отделении, из которого выбыл пациент, подписывается лечащим врачом, указывается код отделения и личный код врача.

Порядок кодирования формы 066/у-02 в стационаре определяется руководителем медицинской организации. Кодирование может осуществлять лечащий врач, заведующий профильным отделением или врач-статистик. Основной диагноз кодируется в соответствии с МКБ-10, с обязательным обозначением пяти- или шестизначного шифра (с учетом точки), кроме случаев, когда в МКБ-10 предусмотрен только трехзначный шифр заболевания.

Ответственность за правильность учета оказанной медицинской помощи возлагается на руководителя медицинской организации.

2.7. Некоторые заболевания с одинаковыми шифрами по МКБ-10 отнесены к разным медицинским услугам как в пределах одного раздела Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС, так и в разных разделах, что дает возможность более оптимального выбора соответствующей медицинской услуги в зависимости от стадии и тяжести течения заболевания, наличия и характера осложнений, лечение которых требует иных методов лечения в отделениях одного или разных профилей.

2.8. С учетом того, что не все шифры МКБ-10 соотнесены с кодами действующей редакции Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС, вопросы использования кодов медицинских услуг при учете оказанной медицинской помощи решаются врачебной комиссией медицинской организации с обязательным

представлением протокола по установленной форме (Приложение 1) в страховую медицинскую организацию (для лиц, застрахованных по ОМС в Москве) или в МГФОМС (для лиц, застрахованных на иных территориях РФ); при формировании счета указывается код «особый случай в счете на пациента» равный 1.

2.9. При выявлении в процессе госпитализации заболеваний, относящихся к особо опасным инфекциям; заболеваний, передаваемых половым путем; туберкулеза; ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита; психических расстройств и расстройств поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ, пациент подлежит переводу в специализированную медицинскую организацию.

В этих случаях медицинская помощь учитывается по направительному диагнозу при поступлении больного с использованием кода прерывания "3" (указанные коды представлены в п. 6 Инструкции).

2.10. При переводе пациента по медицинским показаниям из одного отделения в другое (кроме реанимационного) в пределах одной медицинской организации в связи с заболеванием, этиологически не связанным с предыдущим, допускается учет медицинской помощи по каждому профильному отделению больницы.

2.11. Если в период одной госпитализации пациент неоднократно поступает в одно и то же отделение (кроме реанимационного), медицинская помощь в данном отделении учитывается однократно с использованием только одного кода медицинской услуги по основному заболеванию.

2.12. Учет медицинской помощи в психосоматических отделениях осуществляется с использованием кодов услуг, соответствующих соматическому заболеванию.

2.13. Проведенное пациенту оперативное вмешательство подлежит дополнительному кодированию в соответствии с требованиями действующей Номенклатуры медицинских услуг, утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации.

В случае проведения пациенту симультанного оперативного вмешательства (вмешательства, выполненного одномоментно с основным, проведенным по поводу заболевания, предъявленного к оплате на другом органе или анатомической области, по поводу заболевания, не связанного с основным), учет данного вмешательства производится одновременно с учетом кода медицинской услуги и оперативного вмешательства по основному заболеванию. Для учета используются коды медицинских услуг разделов 51/151 – 55/155 Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС. При формировании счета, включающего симультанное оперативное вмешательство, оформляется протокол врачебной комиссии (приложение 2), указывается код "особый случай в счете на пациента", соответствующий "S".

2.14. В случае смерти пациента патологоанатомическое исследование подлежит отдельному учету и кодируется по соответствующему коду услуги раздела 59/159 Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС.

3. УЧЕТ И КОДИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ

3.1. Учет медицинской помощи, оказанной в приемном отделении пациентам (беременным, роженицам), не нуждающимся в госпитализации или отказавшимся от нее, осуществляется по фактически выполненным услугам разделов 1/101 – 46/146 Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС.

3.2. Учет неотложной медицинской помощи, оказанной пациентам, госпитализированным на диагностические койки приемного отделения, осуществляется с использованием кодов медицинских услуг раздела 84/184 Московского городского реестра

медицинских услуг в системе ОМС.

3.3. Медицинские услуги, оказанные в приемных отделениях пациентам, впоследствии госпитализированным в профильные отделения, включены в медицинские услуги разделов 61/161 – 90/190 Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС и отдельно не учитываются.

4. УЧЕТ И КОДИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОТДЕЛЕНИЯХ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

4.1. Медицинская помощь, оказанная пациенту в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии, подлежит отдельному учету и кодированию по реанимационным услугам (разделы 83/183) в случаях проведения пациенту одного или нескольких методов лечения, направленных на поддержание функционирования отдельных органов и систем организма при критических состояниях (респираторная поддержка, кардиотропная и вазотропная поддержка, коррекция волемии и водно-электролитных нарушений, экстракорпоральная детоксикация и др.), а также – в случаях необходимости интенсивного наблюдения за пациентом при жизнеугрожающих заболеваниях (состояниях).

4.2. Учет медицинской помощи осуществляется по количеству дней, фактически проведенных пациентом в отделении реанимации и интенсивной терапии в рамках одной госпитализации, но не более 30 дней.

4.3. В случаях пребывания пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии менее 6 часов, например, в целях наблюдения за больным в ближайшем послеоперационном периоде, медицинская помощь учитывается по профильному отделению (за исключением случаев с летальным исходом.)

4.4. Врач отделения реанимации и интенсивной терапии в "Статистической карте выбывшего из стационара" производит запись о количестве дней, проведенных больным в отделении, и указывает код соответствующего реанимационного пособия из раздела 83/183, код отделения реанимации и интенсивной терапии и свой личный код.

4.5. При вводе информации в автоматизированную систему учета число дней, проведенных пациентом в отделении реанимации и интенсивной терапии, вычитается из общего числа дней лечения больного в стационаре с целью корректного кодирования медицинской помощи, оказанной в профильном отделении ("законченный" или "прерванный случай" госпитализации).

5. ОСОБЕННОСТИ УЧЕТА И КОДИРОВАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДРУГИХ ОТДЕЛЕНИЯХ

5.1. При кодировании медицинской помощи по разделу 64/164 ("Болезни крови и кроветворных органов") используются различные коды медицинских услуг для терапевтических отделений и для специализированных гематологических отделений с подразделением на первичную и повторную госпитализацию.

5.2. Медицинская услуга с кодом 64.071 (шифр заболевания по МКБ-10 - С91.1) используется для учета медицинской помощи в специализированных гематологических отделениях стационара при первичной госпитализации, в процессе которой больному впервые устанавливается диагноз и проводится подбор базисной терапии.

Медицинская услуга с кодом 64.072 (шифр заболевания по МКБ-10 - С91.1) используется для учета медицинской помощи при повторной госпитализации в специализированное гематологическое отделение, в процессе которой купируется обострение основного заболевания и проводится контроль лечения.

5.3. Медицинские услуги с кодами 64.010, 64.020, 64.032, 64.100 могут быть использованы для учета медицинской помощи при "Болезнях крови и кроветворных органов" в любом отделении терапевтического профиля круглосуточного стационара.

5.4. Коды медицинских услуг раздела 74/174 ("Болезни почек") применяются для кодирования заболеваний в терапевтическом, педиатрическом и нефрологическом отделениях.

5.5. Коды медицинских услуг разделов 76.410-76.570, содержащие медицинские мероприятия, направленные на сохранение и вынашивание беременности, применяются в отделениях патологии беременности (включая наблюдательные и боксированные палаты).

5.6. Медицинская помощь при родовспоможении и в послеродовом периоде учитывается с использованием кодов медицинских услуг 76.580-76.930 (включая наблюдательные и боксированные палаты).

5.7. Медицинская помощь, предоставляемая новорожденным в раннем неонатальном периоде, включена в медицинские услуги раздела "Акушерство".

5.8. Медицинская помощь, оказанная детям, поступившим после рождения (до 3-х месяцев) и/или выбывшим в возрасте старше 3-х месяцев, в соответствующих профильных (специализированных) педиатрических отделениях в составе городских больниц, учитывается с использованием кодов услуг раздела 187 "Болезни перинатального периода".

5.9. Медицинские услуги с кодами 79.061, 79.170, 79.180, 79.190, 79.200, 79.210, 79.290, 79.330 могут использоваться, в числе прочего, для учета медицинской помощи, включающей оперативные пособия с применением микрохирургической техники в отделениях хирургии.

5.10. При учете медицинской помощи по медицинскому стандарту из раздела 79/179 в случаях плановой госпитализации с целью извлечения ранее установленных металлоконструкций, следует использовать код прерванности «9» (п.6.5. Инструкции).

5.11. Коды медицинских услуг раздела 80 применяются только при учете лечения больных злокачественными новообразованиями методами лучевой терапии.

5.12. Коды медицинских услуг раздела 81 используются только при учете химиотерапевтического лечения больных в онкологических отделениях.

5.13. Коды медицинских услуг разделов 90/190 применяются при учете медицинской помощи в онкологических отделениях круглосуточных стационаров.

5.14. Для учета медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями в неонкологических отделениях используются коды медицинских услуг других разделов в зависимости от профиля отделения и локализации онкологической патологии (хирургия, терапия и др.)

5.15. Учет медицинской помощи в токсикологических отделениях осуществляется по законченному случаю стационарного лечения на основе количества койко-дней. В период пребывания пациента в токсикологическом отделении иные услуги, выполненные в этом же отделении, не подлежат отдельному учету (входят в состав услуги "Койко-день"). Отдельному учету подлежат медицинские услуги разделов 1/101 – 45/145 Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС, выполненные в этот же период в иных подразделениях стационара.

6. КОДИРОВАНИЕ ЗАКОНЧЕННЫХ И ПРЕРВАННЫХ СЛУЧАЕВ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

6.1. Законченный случай госпитализации – совокупность медицинских услуг, предоставленных пациенту в стационаре в пределах одной госпитализации, в виде

диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, при условии достижения в оптимальные сроки необходимого клинического результата, подтвержденного первичной медицинской документацией.

6.2. Под сроками лечения в настоящей Инструкции понимаются сроки, предусмотренные стандартами медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации. При отсутствии утвержденного стандарта используется срок лечения, установленный Департаментом здравоохранения города Москвы.

6.3. Кодирование законченных случаев госпитализации:

- код "0" применяется при учете законченного случая госпитализации в случае достижения в оптимальные сроки клинического результата, подтвержденного первичной медицинской документацией, в случаях, когда не требуется продолжения лечения в амбулаторных условиях по поводу заболевания или патологического состояния (осложнения основного заболевания), послужившего причиной госпитализации;

- код "8" применяется при учете законченного случая госпитализации, при котором клинический результат на стационарном этапе лечения достигнут, однако пациенту требуется продолжение лечения (медицинская реабилитация) в амбулаторных условиях.

6.4. Прерванный случай госпитализации – случай госпитализации, в процессе которой по тем или иным причинам не выполнена необходимая технологическая совокупность медицинских услуг, в связи с чем клинический результат не достигнут; применяется также при подтверждении необоснованной госпитализации.

6.5. Кодирование прерванных случаев госпитализации:

- код "А" применяется при учете случая госпитализации при циклическом лечении;

- код "Б" применяется при учете случая госпитализации, прерванного в связи с переводом больного из профильного (приемного) отделения в реанимационное отделение, и последующим выбытием больного из реанимации;

- код "1" применяется при учете случая госпитализации, прерванного в связи с выпиской пациента из стационара по собственному желанию (по семейным обстоятельствам), по требованию родителей (для детей), подтвержденному соответствующим заявлением в первичной медицинской документации;

- код "2" применяется при учете случая госпитализации, прерванного в связи с выпиской пациента из стационара за нарушение больничного режима, подтвержденного в первичной медицинской документации;

- код "3" применяется при учете случая госпитализации, прерванного в связи с переводом пациента в другой стационар, подтвержденным первичной медицинской документацией;

- код "4" применяется при учете случая госпитализации, прерванного в связи с самовольным уходом больного из стационара, подтвержденным первичной медицинской документацией;

- код "5" применяется при учете случая госпитализации, прерванного в связи со смертью больного в данном отделении стационара;

- код "6" применяется при учете случая обследования допризывников в стационарных условиях;

- код "7" применяется при учете случая госпитализации, прерванного в данном отделении в связи с переводом пациента в отделение той же больницы с другим, этиологически не связанным диагнозом, или беременной – из отделения патологии беременности в родильное отделение с тем же диагнозом;

- код "9" применяется при учете случая госпитализации, прерванного по причинам, не включенным в данный перечень. Также код «9» применяется:

- при введении карантинных мероприятий;
- при невыполнении по тем или иным причинам оперативного вмешательства в отделениях хирургического профиля;
- в случаях плановой госпитализации с целью извлечения ранее установленных металлоконструкций;
- в случаях использования при оказании медицинской помощи лекарственных препаратов и медицинских изделий, приобретенных пациентом за счет собственных средств.

6.6. Оплата прерванных случаев госпитализации производится за фактическое количество дней пребывания в стационаре с учетом выполнения требований по обеспечению доступности и качества медицинской помощи.

6.7. При проведении медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи в обязательном порядке проводится проверка обоснованности применения кодов законченного случая госпитализации.

7. УЧЕТ И КОДИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

7.1. Медицинская помощь, оказанная пациенту в условиях дневного стационара медицинских организаций амбулаторного или больничного типа, подлежит учету и кодированию с использованием кодов медицинских услуг раздела 97/197 Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС.

7.2. Учет медицинской помощи осуществляется по законченному случаю лечения на основе количества дней, фактически проведенных пациентом в дневном стационаре.

7.3. По окончании лечения врач дневного стационара в "Статистической карте выбывшего из стационара" (ф. 066/у-02) производит запись о количестве дней, проведенных пациентом в дневном стационаре, указывает код дневного стационара, шифр основного заболевания по МКБ-10 и свой личный код.

7.4. При вводе информации в автоматизированную систему учета (число дней, проведенных пациентом в дневном стационаре) не подлежат отдельному учету медицинские услуги (процедуры и манипуляции), оказанные пациенту в период лечения по данному заболеванию.

8. УЧЕТ И КОДИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ (ОТДЕЛЕНИИ)

8.1. При наличии в структуре медицинской организации консультативно-диагностического центра или консультативно-диагностического отделения, травматологического пункта учет медицинской помощи, оказанной в этих подразделениях, осуществляется по фактически оказанным услугам, кодируемым в едином талоне амбулаторного пациента в соответствии с разделами Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС.

8.2. Медицинские услуги, выполняемые в диагностических подразделениях и в патологоанатомическом отделении медицинской организации по направлениям других медицинских организаций, подлежат учету как услуги, выполненные в амбулаторных условиях в соответствии с Московским городским реестром медицинских услуг в системе ОМС (при наличии соответствующей лицензии).

8.3. При выполнении госпитализированным пациентам биопсии, цитологических и/или иных исследований в другой медицинской организации, эти услуги учитываются медицинской организацией-исполнителем, как выполненные в амбулаторных условиях, и оплачиваются СМО в соответствии с тарифами на медицинские услуги в системе ОМС города Москвы при наличии в первичной медицинской документации направления медицинской организации – заказчика. При расчете с больничным учреждением, в котором пациент получал медицинскую помощь, СМО оплачивает лечение застрахованных лиц по тарифу соответствующей медицинской услуги.

9. УЧЕТ И КОДИРОВАНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

9.1. Единицей учета высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП), оплачиваемой за счет средств ОМС, является законченный случай оказания медицинской помощи в условиях стационара, включающий один метод лечения (из Перечня видов ВМП, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации). Для учета ВМП используются коды медицинских услуг, соответствующие разделу 200 Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС.

9.2. Случаи оказания медицинской помощи могут учитываться как ВМП только при соблюдении следующих условий:

9.2.1. код метода лечения, диагноз по МКБ-10, модель пациента должны соответствовать определенному виду ВМП и профилю медицинской помощи, из перечисленных в приказах Министерства здравоохранения Российской Федерации;

9.2.2. использованный метод лечения включает все технологии, установленные для данного вида ВМП Министерством здравоохранения Российской Федерации.

9.3. В рамках одной госпитализации осуществляется учет только одной единицы ВМП. Одновременный учет данного случая госпитализации с использованием услуг других разделов Московского городского реестра медицинских услуг в системе ОМС не допускается.

10. Отдельные медицинские услуги, выполненные в приемном отделении и в течение всего срока стационарного лечения, в процессе которого была оказана ВМП (в том числе, связанные с лечением осложнений основного заболевания, по поводу которого оказана ВМП), дополнительному учету в системе ОМС не подлежат.

ПРОТОКОЛ
заседания врачебной комиссии

« » _____ 20__ г.

Врачебная комиссия _____ (наименование медицинской организации) в
составе (ФИО, должность):

рассмотрев случай оказания медицинской помощи пациенту (ФИО, возраст):

_____ медицинская карта стационарного больного № _____, пришла к выводу,
что шифр по МКБ-10 _____, соответствующий данному заболеванию и не
нашедший отражения в стандартах стационарной медицинской помощи, в целях учета в
системе ОМС может быть отнесен к медицинскому стандарту _____ (код
стандарта).

Председатель комиссии:

_____ (ФИО, подпись)

Члены комиссии:

_____ (ФИО, подпись)

_____ (ФИО, подпись)

_____ (ФИО, подпись)

Приложение 2
к Инструкции по учету
медицинской помощи,
оказанной в условиях
круглосуточного стационара
и в дневных стационарах
(вне системы подушевого
финансирования) по ОМС

ПРОТОКОЛ
заседания врачебной комиссии

" ___ " _____ 20__ г.

Врачебная комиссия _____ (наименование медицинской организации)
в составе (Ф.И.О., должность):

рассмотрев случай оказания медицинской помощи пациенту (Ф.И.О., возраст):

медицинская карта стационарного больного N _____, пришла к
выводу, что симультанное (одномоментное) хирургическое вмешательство,
выполненное по показаниям в связи с наличием сопутствующей патологии
_____ (шифр по МКБ-10), подлежит дополнительному учету в
системе ОМС с использованием кода услуги _____ Московского
городского реестра медицинских услуг в системе ОМС города Москвы.

Председатель комиссии:

(Ф.И.О., подпись)

Члены комиссии:

(Ф.И.О., подпись)

(Ф.И.О., подпись)

(Ф.И.О., подпись)