

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ
от 19 сентября 2022 г. N 120н

**ОБ УСТАНОВЛЕНИИ
ФОРМ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО
КОНТРОЛЯ, ЗАКЛЮЧЕНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ
ЭКСПЕРТИЗЫ, ЗАКЛЮЧЕНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭКСПЕРТИЗЫ
КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ЗАКЛЮЧЕНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ ВНЕПЛАНОВОЙ ЦЕЛЕВОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, РЕЕСТРА ЗАКЛЮЧЕНИЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ
МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ, РЕЕСТРА ЗАКЛЮЧЕНИЙ
ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ,
РЕЕСТРА ЗАКЛЮЧЕНИЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРЕТЕНЗИИ, УВЕДОМЛЕНИЯ О ПРОВЕДЕНИИ
МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И (ИЛИ) ЭКСПЕРТИЗЫ
КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

В соответствии с пунктом 6.1 части 8 статьи 33 и частью 9 статьи 40 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 49, ст. 7047; 2020, N 50, ст. 8075) приказываю:

Установить:

форму заключения по результатам медико-экономического контроля согласно приложению N 1;

форму заключения по результатам медико-экономической экспертизы согласно приложению N 2;

форму заключения по результатам экспертизы качества медицинской помощи согласно приложению N 3;

форму заключения по результатам мультидисциплинарной внеплановой целевой экспертизы качества медицинской помощи согласно приложению N 4;

форму реестра заключений по результатам медико-экономического контроля согласно приложению N 5;

форму реестра заключений по результатам медико-экономической экспертизы согласно приложению N 6;

форму реестра заключений по результатам экспертизы качества медицинской помощи согласно приложению N 7;

форму претензии согласно приложению N 8;

форму уведомления о проведении медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи согласно приложению N 9.

Председатель
И.В.БАЛАНИН

Заключение
по результатам медико-экономического контроля
от " __ " _____ 202_ г. N _____

I. Общая часть

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования/территориальный фонд обязательного медицинского страхования _____
Наименование страховой медицинской организации _____
Наименование медицинской организации _____
Наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования по месту страхования застрахованного лица (при проведении межтерриториальных взаиморасчетов) _____
Номер счета/реестра счетов _____
Период, за который предоставлен счет/реестр счетов:
с " __ " _____ 202_ г. по " __ " _____ 202_ г.

II. Сведения об оказанной медицинской помощи:

N п/п	Условия оказания медицинской помощи	Код профиля отделения (койки) <1> или специальности медицинского работника <2>	Предоставлено к оплате		Отказано в оплате		Подлежит оплате	
			количес тво	сумма, рублей	количес тво	сумма, рублей	количес тво	сумма, рублей
1	2	3	4	5	6	7	8	9

III. Результаты медико-экономического контроля:

Итоговая сумма, принятая к оплате: _____ рублей.

IV. Заверительная часть

Специалист, проводивший медико-экономический контроль:

_____ " __ " _____ 202_ г.
(подпись) (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии)) (дата)

Руководитель (уполномоченное лицо) Федерального фонда обязательного медицинского страхования/территориального фонда обязательного медицинского страхования:

_____ " __ " _____ 202_ г.
(подпись) (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии)) (дата)

М.П. (при наличии)

Руководитель медицинской организации:

_____ " __ " _____ 202_ г.
(подпись) (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии)) (дата)

М.П. (при наличии)

<1> Пункт 6 Правил функционирования государственной информационной системы обязательного медицинского страхования, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11 июня 2021 г. N 901 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2021, N 25, ст. 4814) (далее - Правила).

<2> Пункт 6 Правил.

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

<4> Даты начала и окончания оказания медицинской помощи, указанные в счете на оплату медицинской помощи.

<5> Пункт 6 Правил.

<6> Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющийся приложением к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. N 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный N 63410), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. N 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный N 64445), от 21 февраля 2022 г. N 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный N 67559).

Форма

Заключение
по результатам медико-экономической экспертизы
от " __ " _____ 202_ г. N _____

I. Общая часть

Форма и вид проведения экспертизы (отметить нужное): плановая внеплановая
тематическая повторная

Основание для проведения внеплановой медико-экономической экспертизы <1>

Специалист-эксперт:

_____ (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии))

Поручение от " __ " _____ 202_ г. N _____

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования/территориальный фонд
обязательного медицинского страхования

Наименование страховой медицинской организации _____

Наименование медицинской организации _____

Условия оказания медицинской помощи <2> (отметить нужное):

вне медицинской организации амбулаторно в дневном стационаре стационарно

Проверяемый период по всем счетам, включенным в экспертизу: с " __ " _____ 202_ г. по
" __ " _____ 202_ г.

Номер и дата счета за оказанные медицинские услуги _____

II. Результаты медико-экономической экспертизы

Дополнительно проверена следующая учетно-отчетная документация: _____

Всего проверено случаев оказания медицинской помощи _____ на сумму _____ рублей.

Из них признано содержащими нарушения при оказании медицинской помощи _____ случаев.

Подлежит неоплате и (или) уменьшению оплаты _____ случаев на сумму _____ рублей.

Сумма штрафов за выявленные нарушения составляет _____ рублей по _____ случаям.

III. Выводы: _____

IV. Рекомендации: _____

Специалист-эксперт: _____ " __ " _____ 202_ г.
(подпись) (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии) (дата)

Руководитель (уполномоченное лицо) Федерального фонда обязательного медицинского страхования/территориального фонда обязательного медицинского страхования/страховой медицинской организации:

_____ " __ " _____ 202_ г.
(подпись) (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии) (дата)

М.П. (при наличии)

Руководитель медицинской организации:

_____ " __ " _____ 202_ г.
(подпись) (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии) (дата)

М.П. (при наличии)

<1> Заполняется при проведении внеплановой медико-экономической экспертизы, нумерация оснований выделяется в соответствии с пунктом 22 Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. N 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный N 63410), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. N 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный N 64445), от 21 февраля 2022 г. N 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный N 67559) (далее - Порядок).

<2> Часть 3 статьи 32 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724).

<3> Окончательный клинический диагноз, указанный в счете на оплату медицинской помощи.

<4> МКБ-10 - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр).

<5> Даты начала и окончания оказания медицинской помощи, указанные в счете на оплату медицинской помощи.

<6> Стоимость оказанной медицинской помощи, указанная в счете на оплату медицинской помощи.

<7> Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющийся приложением к Порядку.

<8> Краткое наименование и описание всех выявленных нарушений (дефектов) при оказании медицинской помощи, в том числе не указанных в графе 11, в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющимся приложением к Порядку.

Приложение N 3
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от 19 сентября 2022 г. N 120н

Форма

Заключение
по результатам экспертизы качества медицинской помощи
от "___" _____ 202_ г. N _____

I. Общая часть

Форма и вид проведения экспертизы:

плановая внеплановая тематическая целевая повторная (отметить нужное)

Эксперт качества медицинской помощи:

(фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии) или идентификационный номер в едином реестре экспертов качества медицинской помощи <1>)

Специальность эксперта качества медицинской помощи _____

Поручение:

_____ от "___" _____ 202_ г.
(наименование направившей организации)
N _____

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования / территориальный фонд обязательного медицинского страхования _____

Наименование страховой медицинской организации _____

Наименование медицинской организации _____

Условия оказания медицинской помощи <2> (отметить нужное): вне медицинской организации

амбулаторно в дневном стационаре стационарно

Профиль оказанной медицинской помощи _____

Номер и дата счета за оказанные медицинские услуги _____

Проверяемый период: с "___" _____ 202_ г. по "___" _____ 202_ г.

II. Результаты экспертизы качества медицинской помощи:

Количество экспертных заключений (протоколов), являющихся неотъемлемой частью настоящего заключения _____

Дополнительно проверена следующая учетно-отчетная документация: _____

Всего проверено случаев оказания медицинской помощи _____ на сумму _____ рублей.

Из них признано содержащими нарушения при оказании медицинской помощи _____ случаев.

Подлежит неоплате и (или) уменьшению оплаты _____ случаев на сумму _____ рублей.

Сумма штрафов за выявленные нарушения составляет _____ рублей по _____ случаям.

III. Выводы: _____

IV. Рекомендации: _____

V. Заверительная часть

Эксперт качества медицинской помощи:

_____ " __ " _____ 202_ г.
(подпись) (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии)) (дата)

Руководитель (уполномоченное лицо) Федерального фонда обязательного медицинского страхования/территориального фонда обязательного медицинского страхования/страховой медицинской организации:

_____ " __ " _____ 202_ г.
(подпись) (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии)) (дата)

М.П. (при наличии)

Руководитель медицинской организации:

_____ " __ " _____ 202_ г.
(подпись) (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии)) (дата)

М.П. (при наличии)

<1> Часть 7.1 статьи 40 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; 2021, N 50, ст. 8412).

<2> Часть 3 статьи 32 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724).

<3> Окончательный клинический диагноз, указанный в счете на оплату медицинской помощи.

<4> МКБ-10 - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр).

<5> Даты начала и окончания оказания медицинской помощи, указанные в счете на оплату медицинской помощи.

<6> Стоимость оказанной медицинской помощи, указанная в счете на оплату медицинской помощи.

<7> Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющийся приложением к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. N 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный N 63410), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. N 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный N 64445), от 21 февраля 2022 г. N 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный N 67559) (далее - Порядок).

<8> Краткое наименование и описание всех выявленных нарушений (дефектов) при оказании медицинской помощи, в том числе не указанных в графе 11, в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющимся приложением к Порядку.

Приложение
к заключению по результатам
экспертизы качества
медицинской помощи
от "___" _____ 202_ г. N _____

Форма

Экспертное заключение
(протокол)

I. Общая часть

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования/территориальный фонд
обязательного медицинского страхования/страховая медицинская организация

Эксперт качества медицинской помощи

(фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии) и идентификационный номер в едином
реестре экспертов качества медицинской помощи <1>)

Специальность эксперта качества медицинской помощи: _____

Медицинская документация N _____

Номер полиса обязательного медицинского страхования _____

Пол _____ Дата рождения застрахованного лица "___" _____ г.

Наименование медицинской организации _____

Форма оказания медицинской помощи <2> (отметить нужное):

экстренная неотложная плановая

Исход случая (отметить нужное): выздоровление улучшение без перемен
ухудшение смерть самовольный уход переведен (направлен) на
госпитализацию (указать) _____
другое (указать) _____

Диагноз клинический заключительный по МКБ-10 <3>:

основной _____

осложнение _____

сопутствующий _____

Операция _____, дата " __ " _____ 202_ г.

Диагноз патологоанатомический/судебно-медицинский по МКБ-10:

основной _____

осложнение _____

сопутствующий _____

Заключение о наличии нарушений (дефектов) по кодам раздела 3 "Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи" Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющегося приложением к Порядку проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. N 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный N 63410), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. N 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный N 64445) от 21 февраля 2022 г. N 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный N 67559), с приведением краткого описания выявленных нарушений:

1) сбор информации (опрос, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования, консультации/консилиумы) _____;

2) диагноз (формулировка, содержание, время установления):

основной _____

осложнение _____

сопутствующий _____;

3) оказание медицинской помощи, в том числе назначение лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий: _____;

4) преемственность (обоснованность перевода, содержание рекомендаций):

5) заключение:

о наличии в медицинской документации рекомендаций медицинских работников национального медицинского исследовательского центра, данных при проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий (отметить нужное): да нет ;

о наличии факта отражения рекомендаций в медицинской документации, в том числе в листе назначения: да нет (отметить нужное), с указанием наименования неотраженных

в листе назначения рекомендаций: _____;
о наличии в медицинской документации медицинских показаний, не позволяющих применить невнесенные в лист назначений рекомендации (отметить нужное) да нет

6) оценка полноты выполнения рекомендаций национального медицинского исследовательского центра (отметить нужное): исполнение неисполнение неполное исполнение

7) констатировано неисполнение/неполное исполнение следующих рекомендаций:
_____.

II. Выводы: _____

(соответствие качества медицинской помощи <4>: надлежащее/ненадлежащее; своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов диагностики и лечения, степень достижения запланированного результата; наиболее значимые нарушения (дефекты), повлиявшие на исход заболевания)

III. Рекомендации: _____

IV. Заверительная часть

Эксперт качества медицинской помощи:

_____ " __ " _____ 202_ г.
(подпись) (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии)) (дата)

Руководитель медицинской организации:

_____ " __ " _____ 202_ г.
(подпись) (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии)) (дата)

М.П. (при наличии)

<1> Часть 7.1 статьи 40 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; 2021, N 50, ст. 8412).

<2> Часть 4 статьи 32 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724).

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

<4> Пункт 21 статьи 2 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48).

Заключение
по результатам мультидисциплинарной внеплановой целевой экспертизы качества
медицинской помощи
от " __ " _____ 202_ г. N _____

I. Общая часть

Эксперты качества медицинской помощи:

(фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии) и идентификационный номер в едином
реестре экспертов качества медицинской помощи <1>, специальность)

Поручение _____ от " __ " _____ 202_ г. N _____
(наименование направившей
организации)

Обоснование поручения _____

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования/территориальный фонд
обязательного медицинского страхования _____

Наименование страховой медицинской организации _____

Номер полиса обязательного медицинского страхования _____

Место оказания медицинской помощи _____

(наименование медицинской организации, отделения, отделений при переводе
застрахованного лица)

Условия оказания медицинской помощи <2> (отметить нужное): вне медицинской организации

амбулаторно в дневном стационаре стационарно

Медицинская документация N _____

Период оказания медицинской помощи:

с " __ " _____ 202_ г. по " __ " _____ 202_ г., в том числе при переводе из
отделения в отделение (указать):

с " __ " _____ 202_ г. по " __ " _____ 202_ г.

с " __ " _____ 202_ г. по " __ " _____ 202_ г.

Диагноз, установленный медицинской организацией _____

Дополнительно _____ проверена _____ следующая _____ учетно-отчетная _____ документация: _____

Всего проверено случаев оказания медицинской помощи:

_____ на сумму _____ рублей.

II. Результаты мультидисциплинарной внеплановой целевой экспертизы качества медицинской помощи

Сведения о случаях оказания медицинской помощи в счете, по которым выявлены нарушения (дефекты):

N п/п	Код профиля отделения (койки) <3> или специальности медицинского работника <4>	N медицинской документации	Код нарушения (дефекта) <5>	Краткое описание выявленных нарушений (дефектов) <6>	Подлежит неоплате и (или) уменьшению оплаты, рублей	Размер штрафа, рублей
1	2	3	4	5	6	7

III. Выводы: _____

IV. Рекомендации: _____

V. Заверительная часть:

Руководитель группы экспертов качества медицинской помощи

(фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии) и идентификационный номер в едином реестре экспертов качества медицинской помощи <7>)

Руководитель (уполномоченное лицо) Федерального фонда обязательного медицинского страхования/территориального фонда обязательного медицинского страхования/страховой медицинской организации

_____ " __ " _____ 202_ г.
(подпись) (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии)) (дата)

М.П. (при наличии)

Руководитель медицинской организации:

_____ " __ " _____ 202_ г.
(подпись) (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии)) (дата)

М.П. (при наличии)

<1> Часть 7.1 статьи 40 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; 2021, N 50, ст. 8412).

<2> Часть 3 статьи 32 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 47, ст. 7603; 2021, N 50, ст. 8412).

Федерации, 2011, N 48, ст. 6724).

<3> Пункт 6 Правил функционирования государственной информационной системы обязательного медицинского страхования, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11 июня 2021 г. N 901 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2021, N 25, ст. 4814) (далее - Правила).

<4> Пункт 6 Правил.

<5> Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющийся приложением к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. N 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный N 63410), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. N 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный N 64445), от 21 февраля 2022 г. N 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный N 67559) (далее - Порядок).

<6> Краткое наименование и описание всех выявленных нарушений (дефектов) при оказании медицинской помощи в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющимся приложением к Порядку.

<7> Часть 7.1 статьи 40 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; 2021, N 50, ст. 8412).

Приложение N 5
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от 19 сентября 2022 г. N 120н

Форма

Реестр
заключений по результатам медико-экономического контроля
от "___" _____ 202_ г. N _____

Период с "___" _____ 202_ г. по "___" _____ 202_ г.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования/территориальный фонд
обязательного медицинского страхования, получивший счета от медицинской организации

Код Федерального фонда обязательного медицинского страхования/территориального фонда
обязательного медицинского страхования, получившего счета от медицинской организации
<1> _____

Код территории местонахождения Федерального фонда обязательного медицинского
страхования/территориального фонда обязательного медицинского страхования <2>

Наименование медицинской организации, предоставившей счет _____

Код медицинской организации, предоставившей счет <3> _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.1.2. За оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара _____ случаев оказания медицинской помощи на сумму _____ рублей.

Код структурного подразделения медицинской организации <5>	Код профиля отделения (коек) <6>	№ индивидуального счета	Период (мес/яц)	№ полиса обязательного медицинского страхования	Код территории страхования <7>	Код нарушения (дефекта) <8>	Сумма, подлежащая неоплате (или) уменьшению оплаты,	Код финансовых санкций <9>	Сумма финансовых санкций, рублей	Прочие коды выявленных нарушений (дефектов) <10>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

2.1.3. За оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях _____ случаев оказания медицинской помощи на сумму _____ рублей.

Код структурного подразделения медицинской организации <11>	Код профиля отделения (коек) <12>	№ индивидуального счета	Период (мес/яц)	№ полиса обязательного медицинского страхования	Код территории страхования <13>	Код нарушения (дефекта) <14>	Сумма, подлежащая неоплате и (или) уменьшению оплаты, рублей	Код финансовых санкций <15>	Сумма финансовых санкций, рублей	Прочие коды выявленных нарушений (дефектов) <16>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

2.1.4. За оказание медицинской помощи вне медицинской организации _____ случаев оказания медицинской помощи на сумму _____ рублей.

Код структурного подразделения медицинской организации <11>	Код профиля отделения (коек) <12>	№ индивидуального счета	Период (мес/яц)	№ полиса обязательного медицинского страхования	Код территории страхования <13>	Код нарушения (дефекта) <14>	Сумма, подлежащая неоплате и (или) уменьшению оплаты, рублей	Код финансовых санкций <15>	Сумма финансовых санкций, рублей	Прочие коды выявленных нарушений (дефектов) <16>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

2.2. Не принято к оплате в связи с превышением установленных комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объемов медицинской помощи, всего _____ случаев оказания медицинской помощи на сумму _____

рублей.

В том числе:

а) за оказание медицинской помощи в стационарных условиях _____ случаев оказания медицинской помощи на сумму _____ рублей;

б) за оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара _____ случаев оказания медицинской помощи на сумму _____ рублей;

в) за оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях _____ случаев оказания медицинской помощи на сумму _____ рублей;

г) за оказание медицинской помощи вне медицинской организации _____ случаев оказания медицинской помощи на сумму _____ рублей.

Код структурного подразделения медицинской организации <17>	Код профиля отделения (коек) <18>	№ индификационного счета	Период, в котором произошло превышение согласованных объемов (квартал)	Величина превышения согласованных объемов медицинских услуг	Сумма, не подлежащая оплате в связи с превышением согласованных объемов, рублей	Сумма, не принятая к оплате в связи с превышением согласованных объемов, рублей	в том числе до проведения повторного медико-экономического контроля	Сумма, удерживаемая в текущем месяце, рублей	Сумма, подлежащая удержанию в последующий период, рублей
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Дата предоставления счетов Федеральному фонду обязательного медицинского страхования/территориальному фонду обязательного медицинского страхования "___" _____ 202_ г.

Дата проверки счетов (реестров) "___" _____ 202_ г.

Руководитель (уполномоченное лицо) Федерального фонда обязательного медицинского страхования/территориального фонда обязательного медицинского страхования:

_____ "___" _____ 202_ г.
(подпись) (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии)) (дата)

Руководитель медицинской организации:

_____ "___" _____ 202_ г.
(подпись) (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии)) (дата)

<1> По Общероссийскому классификатору организационно-правовых форм (далее - ОК 028-2012).

<2> По Общероссийскому классификатору территорий муниципальных образований (далее - ОК 033-2013).

<3> По ОК 028-2012.

<4> По ОК 033-2013.

<5> Пункт 6 Правил функционирования государственной информационной системы обязательного медицинского страхования, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11 июня 2021 г. N 901 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2021, N 25, ст. 4814 (далее - Правила).

<6> Пункт 6 Правил.

<7> Пункт 6 Правил.

<8> Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющийся приложением к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. N 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный N 63410), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. N 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный N 64445), от 21 февраля 2022 г. N 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный N 67559) (далее - Порядок).

<9> Приложение N 5 к Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. N 108н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 мая 2019 г., регистрационный N 54643), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 апреля 2020 г. N 299н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 апреля 2020 г., регистрационный N 58074), от 25 сентября 2020 г. N 1024н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2020 г., регистрационный N 60369), от 10 февраля 2021 г. N 65н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 марта 2021 г., регистрационный N 62797), от 26 марта 2021 г. N 254н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 апреля 2021 г., регистрационный N 63210), от 1 июля 2021 г. N 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный N 64445), от 21 февраля 2022 г. N 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный N 67559) (далее - Приложение N 5 к Правилам ОМС N 108н).

<10> Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющийся приложением к Порядку.

<11> Пункт 6 Правил.

<12> Пункт 6 Правил.

<13> Пункт 6 Правил.

<14> Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющийся приложением к Порядку.

<15> Приложение N 5 к Правилам ОМС N 108н.

<16> Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющийся приложением к Порядку.

<17> Пункт 6 Правил.

<18> Пункт 6 Правил.

Форма

Реестр
заключений по результатам медико-экономической экспертизы
от "___" _____ 202_ г. N _____

Наименование медицинской организации: _____

Сумма по счету: _____

1. Количество проверенной медицинской документации: _____

2. Выявлено нарушений при оказании медицинской помощи: _____

N п/п	N медицинско й карты	N полиса обязательного медицинского страхования	Код нарушения (дефекта) <1>	Сумма финансовых санкций, рублей	Сумма неоплаты и (или) уменьшения оплаты, рублей	Сумма штрафа, рублей
1	2	3	4	5	6	7

Всего не подлежит оплате сумма: _____ рублей.

Штраф в размере: _____ рублей.

Всего подлежит оплате: _____ рублей.

Итого к оплате: _____ рублей.

Руководитель (уполномоченное лицо) Федерального фонда обязательного медицинского страхования/территориального фонда обязательного медицинского страхования/страховой медицинской организации:

_____ "___" _____ 202_ г.
(подпись) (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии)) (дата)

М.П. (при наличии)

Руководитель медицинской организации:

_____ "___" _____ 202_ г.
(подпись) (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии)) (дата)

М.П. (при наличии)

<1> Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющийся приложением к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения,

утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. N 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный N 63410), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. N 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный N 64445), от 21 февраля 2022 г. N 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный N 67559).

Приложение N 7
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от 19 сентября 2022 г. N 120н

Форма

Реестр
заключений по результатам экспертизы качества медицинской помощи
от "___" _____ 202_ г. N _____

Наименование медицинской организации _____

Сумма по счету _____

1. Количество проверенной медицинской документации: _____

2. Выявлено нарушений при оказании медицинской помощи:

N п/п	N медицинской карты	N полиса обязательного медицинского страхования	Код нарушения (дефекта) <1>	Сумма финансовых санкций, рублей	Сумма неоплаты и (или) уменьшения оплаты, рублей	Сумма штрафа, рублей
1	2	3	4	5	6	7

Всего не подлежит оплате сумма: _____ рублей.

сумма неоплаты: _____ рублей.

штраф в размере: _____ рублей.

Всего подлежит оплате: _____ рублей.

Итого к оплате: _____ рублей.

Руководитель (уполномоченное лицо) Федерального фонда обязательного медицинского страхования/территориального фонда обязательного медицинского страхования/страховой медицинской организации:

"___" _____ 202_ г.

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии))

_____ (дата)

М.П. (при наличии)

Руководитель медицинской организации:

"__" _____ 202_ г.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (отчество - при
наличии))

(дата)

М.П. (при наличии)

<1> Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющийся приложением к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. N 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный N 63410), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. N 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный N 64445), от 21 февраля 2022 г. N 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный N 67559).

Приложение N 8
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от 19 сентября 2022 г. N 120н

Форма

Претензия
от "__" _____ 202_ г. N _____

От _____

(наименование медицинской организации)

В _____

(Федеральный фонд обязательного медицинского страхования/территориальный фонд
обязательного медицинского страхования)

Считаю необоснованной сумму финансовых санкций, определенную
страховой медицинской организацией _____

(наименование страховой
медицинской организации)

Согласно заключению по результатам (отметить нужное):

медико-экономического контроля медико-экономической экспертизы экспертизы
качества медицинской помощи

Номер заключения: _____ "___" _____ 202_ г.

Специалист-эксперт эксперт качества медицинской помощи (отметить нужное)

(фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии) и идентификационный номер в едином реестре экспертов качества медицинской помощи <1>)

Номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица: _____

Сумма финансовых санкций _____ рублей.

Приложение <2>:

1) обоснование претензии: _____

Считаю необоснованной сумму финансовых санкций на _____ рублей.

2) перечень вопросов: _____ ;

3) материалы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности на _____ листе (листах).

Руководитель медицинской организации:

_____ "___" _____ 202_ г.

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии))

_____ (дата)

М.П. (при наличии)

<1> Часть 7.1 статьи 40 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; 2021, N 50, ст. 8412).

<2> Пункт 82 Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. N 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный N 63410), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. N 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный N 64445), от 21 февраля 2022 г. N 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный N 67559).

Приложение N 9
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от 19 сентября 2022 г. N 120н

Форма

(наименование должности руководителя
медицинской организации)

(наименование медицинской организации)

(фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии) руководителя медицинской организации)

Уведомление
о проведении медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи

от " __ " _____ 202_ г. N _____

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования/территориальный фонд обязательного медицинского страхования/страховая медицинская организация

(наименование)

Основание проведения экспертизы

(наименование документа, номер, дата)

уведомляет о проведении экспертизы (в т.ч. повторной и в рамках межтерриториальных расчетов):

медико-экономической экспертизы (отметить нужное): плановая внеплановая
тематическая повторная

экспертизы качества медицинской помощи (отметить нужное): плановая внеплановая
тематическая целевая мультидисциплинарная повторная

в срок с " __ " _____ 202_ г. по " __ " _____ 202_ г.

за период с " __ " _____ 202_ г. по " __ " _____ 202_ г.

Перечень документов, необходимых для проведения экспертизы:

1) _____

2) _____

Руководитель (уполномоченное лицо) Федерального фонда обязательного медицинского страхования/территориального фонда обязательного медицинского страхования/страховой медицинской организации:

" __ " _____ 202_ г.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии))

(дата)

М.П. (при наличии)
