



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

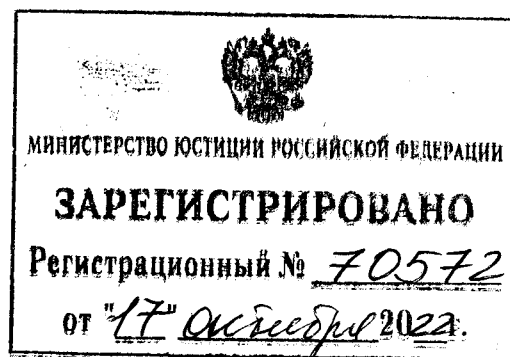
П Р И К А З

19.09.2022

Москва

№ 120 Н

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 6¹ части 8 статьи 33 и частью 9 статьи 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2011, № 49, ст. 7047; 2020, № 50, ст. 8075) приказываю:

Установить:

форму заключения по результатам медико-экономического контроля согласно приложению № 1;

форму заключения по результатам медико-экономической экспертизы согласно приложению № 2;

форму заключения по результатам экспертизы качества медицинской помощи согласно приложению № 3;

форму заключения по результатам мультидисциплинарной внеплановой целевой экспертизы качества медицинской помощи согласно приложению № 4;

форму реестра заключений по результатам медико-экономического контроля согласно приложению № 5;

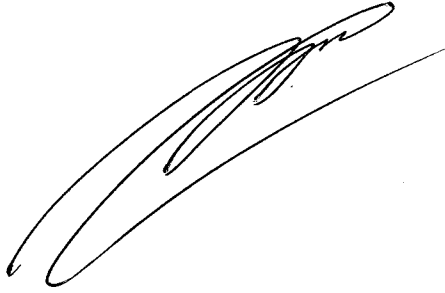
форму реестра заключений по результатам медико-экономической экспертизы согласно приложению № 6;

форму реестра заключений по результатам экспертизы качества медицинской помощи согласно приложению № 7;

форму претензии согласно приложению № 8;

форму уведомления о проведении медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи согласно приложению № 9.

Председатель



И.В. Баланин

Приложение № 1
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от «19» сентября 2022 г. № 120н

Форма

Заключение по результатам медико-экономического контроля

от «__» _____ 202__ г. № _____

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:

№ п/п	Условия оказания медицинской помощи	Код профиля отделения (койки) ¹ или специальности медицинского работника ²	Предоставлено к оплате		Отказано в оплате		Подлежит оплате	
			количество	сумма, рублей	количество	сумма, рублей	количество	сумма, рублей
1	2	3	4	5	6	7	8	9

¹ Пункт 6 Правил функционирования государственной информационной системы обязательного медицинского страхования, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11 июня 2021 г. № 901 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2021, № 25, ст. 4814) (далее – Правила).

² Пункт 6 Правил.

III. Результаты медико-экономического контроля:

№ п/п	№ п/п в реестре	№ полиса обязательного медицинского страхования	Код диагноза по МКБ-10 ³	Условия оказания медицинской помощи	Даты оказания медицинской помощи ⁴		Код профиля медицинской помощи ⁵	Код профиля отделения (койки) ⁵ или специальности медицинского работника ⁵	Код услуги ⁵	Количество нарушений (дефектов)	Код нарушения (дефекта) ⁶	Перечень кодов нарушений					Сумма штрафов, рублей			
					дата начала	дата окончания						12.1	12.2	12.3	12.4	12.5				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	12.1	12.2	12.3	12.4	12.5	13	14	15	

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. № 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный № 63410), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. № 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный № 64445), от 21 февраля 2022 г. № 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный № 67559).

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)

Приложение № 2
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от «19» сентября 2022 г. № 120Н

Форма

Заключение

по результатам медико-экономической экспертизы

от «__» _____ 202__ г. № _____

I. Общая часть

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

Основание для проведения внеплановой медико-экономической экспертизы¹ _____

Специалист-эксперт: _____

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

Поручение от «__» _____ 202__ г. № _____

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования/ территориальный фонд обязательного медицинского страхования

Наименование страховой медицинской организации _____

Наименование медицинской организации _____

Условия оказания медицинской помощи² (отметить нужное):

вне медицинской организации амбулаторно в дневном стационаре стационарно

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

¹ Заполняется при проведении внеплановой медико-экономической экспертизы, нумерация оснований выделяется в соответствии с пунктом 2.2 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. № 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный № 63410), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. № 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный № 64445), от 21 февраля 2022 г. № 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный № 67559) (далее – Порядок).

² Часть 3 статьи 32 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).

Номер и дата счета за оказанные медицинские услуги _____

II. Результаты медико-экономической экспертизы

№ п/п	№ позиции в счете	Профиль оказанной медицинской помощи	№ полиса обязательного медицинского страхования	Дата рождения застрахованного лица	№ медицинской карты	Диагноз ³ (код МКБ-10 ⁴)	Даты оказания помощи ⁵		Сумма, принятая к оплате, ⁶ рублей	Код нарушения (дефекта) ⁷	Описание выявленных нарушений (дефектов) ⁸	Отметка о передаче случая на экспертизу качества медицинской помощи	Сумма финансовых санкций, рублей	Сумма неоплаты и (или) уменьшения оплаты, рублей	Сумма штрафа, рублей
							дата начала	дата окончания							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

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.

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.

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)

Приложение № 3
к приказу Федерального фонда обязательного
медицинского страхования
от «19» сентября 2022 г. № 120н

Форма

Заключение по результатам экспертизы качества медицинской помощи

от «___» _____ 202__ г. № _____

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 помощи¹)

Специальность эксперта качества медицинской помощи _____

Поручение:

_____ от «___» _____ 202__ г. № _____
(наименование направившей организации)

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

Наименование страховой медицинской организации _____

Наименование медицинской организации _____

Условия оказания медицинской помощи²(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.

¹ Часть 7¹ статьи 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2021, № 50, ст. 8412).

² Часть 3 статьи 32 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).

II. Результаты экспертизы качества медицинской помощи:

№ п/п	№ позиции в счете	Профиль оказанной медицинской помощи	№ полиса обязательного медицинского страхования	Дата рождения застрахованного лица	№ медицинской карты	Диагноз ³ (код МКБ-10 ⁴)	Даты оказания помощи ⁵		Сумма, принятая к оплате ⁶ , рублей	Код нарушения (дефекта) ⁷	Описание выявленных нарушений (дефектов) ⁸	Отметка о приеме случая с медико-экономической экспертизы	Сумма финансовых санкций, рублей	Сумма неоплаты и (или) уменьшения оплаты, рублей	Сумма штрафа, рублей
							дата начала	дата окончания							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

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 _____ рублей.

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

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. № 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный № 63410), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. № 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный № 64445), от 21 февраля 2022 г. № 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный № 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.

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)

Приложение
к заключению по результатам
экспертизы качества медицинской помощи
от «__» _____ 202_ г. № __

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 помощи¹)

Специальность эксперта качества медицинской помощи: _____

Медицинская документация № _____

Номер полиса обязательного медицинского страхования _____

Пол _____ Дата рождения застрахованного лица «__» _____ г.

Наименование медицинской организации _____

Форма оказания медицинской помощи² (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-10³:

основной _____

осложнение _____

сопутствующий _____

Операция _____, дата «__» _____ 202_ г.

Диагноз патологоанатомический/судебно-медицинский по МКБ-10:

основной _____

осложнение _____

сопутствующий _____

¹ Часть 7¹ статьи 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2021, № 50, ст. 8412).

² Часть 4 статьи 32 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).

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

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. № 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный № 63410), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. № 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный № 64445) от 21 февраля 2022 г. № 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный № 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 помощи⁴: 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: _____

⁴ Пункт 21 статьи 2 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48).

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)

Приложение № 4
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от «19» сентября 2022 г. № 120н

Форма

Заключение
по результатам мультидисциплинарной внеплановой целевой
экспертизы качества медицинской помощи
от «___» _____ 202_ г. № _____

I. Общая часть

Эксперты качества медицинской помощи:

(фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии) и идентификационный номер в едином реестре экспертов
качества медицинской помощи¹, специальность)

Поручение _____ от «___» _____ 202_ г. № _____
(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 помощи²(отметить нужное): вне медицинской
организации амбулаторно в дневном стационаре стационарно

Медицинская документация № _____

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 _____

¹ Часть 7¹ статьи 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2021, № 50, ст. 8412).

² Часть 3 статьи 32 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).

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):

№ п/п	Код профиля отделения (койки) ³ или специальности медицинского работника ⁴	№ 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 помощи⁷)

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)

³ Пункт 6 Правил функционирования государственной информационной системы обязательного медицинского страхования, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11 июня 2021 г. № 901 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2021, № 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. № 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный № 63410), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. № 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный № 64445), от 21 февраля 2022 г. № 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный № 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 7¹ статьи 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2021, № 50, ст. 8412).

Приложение № 5
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от «19» сентября 2022 г. № 120н

Форма

Реестр заключений по результатам медико-экономического контроля
от «___» _____ 202__ г. № _____

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 организации¹ _____

Код территории местонахождения Федерального фонда обязательного медицинского страхования/территориального фонда обязательного медицинского страхования² _____

Наименование медицинской организации, предоставившей счет _____

Код медицинской организации, предоставившей счет³ _____

Код территории местонахождения медицинской организации, предоставившей счет⁴ _____

1. Сведения о результатах медико-экономического контроля:

Результаты	Условия оказания медицинской помощи	Количество случаев	На сумму, рублей
Предоставлены счета/реестры счетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам	всего, в том числе:		
	стационарно		
	в дневном стационаре		
	амбулаторно		

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.

Результаты	Условия оказания медицинской помощи	Количество случаев	На сумму, рублей
	вне медицинской организации		
Принято к оплате за медицинскую помощь, оказанную	всего, в том числе:		
	стационарно		
	в дневном стационаре		
	амбулаторно		
	вне медицинской организации		
Снято с оплаты за медицинскую помощь, оказанную	всего, в том числе:		
	стационарно		
	в дневном стационаре		
	амбулаторно		
	вне медицинской организации		
В том числе снято с оплаты за предъявление к оплате за оказанную медицинскую помощь:	сверх распределенного объема		
	сверх размера финансового обеспечения		

2.1. Не подлежит оплате, всего _____ случаев оказания медицинской помощи на сумму _____ рублей.

2.1.1. За оказание медицинской помощи в стационарных условиях _____ случаев оказания медицинской помощи на сумму _____ рублей.

Код структурного подразделения медицинской организации ⁵	Код профиля отделения (коек) ⁶	№ индивидуального счета	Период (месяц)	№ полиса обязательного медицинского страхования	Код территории страхования ⁷	Код нарушения (дефекта) ⁸	Сумма, подлежащая неоплате и (или) уменьшению оплаты, рублей	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

2.1.2. 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 (месяц)	№ полиса обязательного медицинского страхования	Код территории страхования ⁷	Код нарушения (дефекта) ⁸	Сумма, подлежащая неоплате (или) уменьшению оплаты, рублей	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

⁵ Пункт 6 Правил функционирования государственной информационной системы обязательного медицинского страхования, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11 июня 2021 г. № 901 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2021, № 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. № 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный № 63410), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. № 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный № 64445), от 21 февраля 2022 г. № 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный № 67559) (далее – Порядок).

⁹ Приложение № 5 к Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 мая 2019 г., регистрационный № 54643), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 апреля 2020 г. № 299н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 апреля 2020 г., регистрационный № 58074), от 25 сентября 2020 г. № 1024н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2020 г., регистрационный № 60369), от 10 февраля 2021 г. № 65н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 марта 2021 г., регистрационный № 62797), от 26 марта 2021 г. № 254н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 апреля 2021 г., регистрационный № 63210), от 1 июля 2021 г. № 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный № 64445), от 21 февраля 2022 г. № 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный № 67559) (далее – Приложение № 5 к Правилам ОМС № 108н).

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

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 (месяц)	№ 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 (месяц)	№ 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

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 № 5 к Правилам ОМС № 108н.

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

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	№ индивидуального 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)

¹⁷ Пункт 6 Правил.

¹⁸ Пункт 6 Правил.

Приложение № 6
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от «19» сентября 2022 г. № 120н

Форма

Реестр заключений по результатам медико-экономической экспертизы
от «__» _____ 202__ г. № _____

Наименование медицинской организации: _____

Сумма по счету: _____

1. Количество проверенной медицинской документации: _____

2. Выявлено нарушений при оказании медицинской помощи:

№ п/п	№ медицинской карты	№ 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. № 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный № 63410), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. № 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный № 64445), от 21 февраля 2022 г. № 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный № 67559).

Приложение № 7
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от «19» сентября 2022 г. № 120н

Форма

Реестр заключений по результатам экспертизы качества медицинской помощи
от «__» _____ 202__ г. № _____

Наименование медицинской организации _____

Сумма по счету _____

1. Количество проверенной медицинской документации: _____

2. Выявлено нарушений при оказании медицинской помощи:

№ п/п	№ медицинской карты	№ 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. № 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный № 63410), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. № 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный № 64445), от 21 февраля 2022 г. № 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный № 67559).

Приложение № 8
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от «19» сентября 2022 г. № 120н

Форма

Претензия

от «__» _____ 202__ г. № _____

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 помощи¹)

Номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица: _____

Сумма финансовых санкций _____ рублей.

Приложение²:

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 7¹ статьи 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2021, № 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. № 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный № 63410), с изменениями внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. № 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный № 64445), от 21 февраля 2022 г. № 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный № 67559).

приложение № 9
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от «19» сентября 2022 г. № 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. № _____

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)