Зарегистрировано в Минюсте России 17 октября 2022 г. N 70572

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

Приложение N 1

к приказу Федерального фонда

обязательного медицинского страхования

от 19 сентября 2022 г. N 120н

Форма

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 |
| количество | сумма, рублей | количество | сумма, рублей | количество | сумма, рублей |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

III. Результаты медико-экономического контроля:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | N п/п в реестре | N 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 финансовых санкций, по коду нарушения (дефекта), 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 | 12.1 | 12.2 | 12.3 | 12.4 | 12.5 | 13 | 14 | 15 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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).

Приложение N 2

к приказу Федерального фонда

обязательного медицинского страхования

от 19 сентября 2022 г. N 120н

Форма

|  |
| --- |
| Заключениепо результатам медико-экономической экспертизыот "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | N позиции в счете | Профиль оказанной медицинской помощи | N полиса обязательного медицинского страхования | Дата рождения застрахованного лица | N 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. |
| 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

|  |
| --- |
| Заключениепо результатам экспертизы качества медицинской помощиот "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 медицинскогострахования/территориальный фонд обязательного медицинскогострахования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 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: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | N позиции в счете | Профиль оказанной медицинской помощи | N полиса обязательного медицинского страхования | Дата рождения застрахованного лица | N 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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).

Приложение N 4

к приказу Федерального фонда

обязательного медицинского страхования

от 19 сентября 2022 г. N 120н

Форма

|  |
| --- |
| Заключениепо результатам мультидисциплинарной внеплановой целевой экспертизы качества медицинской помощиот "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 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

|  |
| --- |
| Реестрзаключений по результатам медико-экономического контроляот "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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> \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Код территории местонахождения медицинской организации, предоставившей счет <4> \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 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 |  |  |
| 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> | N индивидуального счета | Период (месяц) | N 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> | N индивидуального счета | Период (месяц) | N 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> | N индивидуального счета | Период (месяц) | N 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> | N индивидуального счета | Период (месяц) | N 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> | N 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) |

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

<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.

Приложение N 6

к приказу Федерального фонда

обязательного медицинского страхования

от 19 сентября 2022 г. N 120н

Форма

|  |
| --- |
| Реестрзаключений по результатам медико-экономической экспертизыот "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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.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

|  |
| --- |
| Реестрзаключений по результатам экспертизы качества медицинской помощиот "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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

|  |
| --- |
| Претензияот "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г. N \_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| От |  |
|  | (наименование медицинской организации) |
| В |  |
|  | (Федеральный фонд обязательного медицинского страхования/территориальный фонд обязательного медицинского страхования) |

|  |
| --- |
| Считаю необоснованной сумму финансовых санкций, определеннуюстраховой 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) |

|  |
| --- |
| Уведомлениео 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) |