



КонсультантПлюс

Приказ ФФОМС от 19.09.2022 N 120н
(ред. от 08.10.2024)

"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

Медико-экономической экспертизы и (или)

Приказ ФФОМС от 19.09.2022 N 120н

(ред. от 08.10.2024)

"Об установлении форм заключения по результатам

медико-экономичес...

Документ предоставлен [КонсультантПлюс](#)

Дата сохранения: 09.06.2026

Документ предоставлен [КонсультантПлюс](#)

(Зарегистрировано в Минюсте России

17.10.2022 N 70572)

Дата сохранения: 09.06.2026

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

Список изменяющих документов
(в ред. Приказа ФФОМС от 08.10.2024 N 172н)

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](#);

форму заключения по результатам повторной медико-экономической экспертизы/экспертизы качества медицинской помощи согласно [приложению N 10](#).
(абзац введен Приказом ФФОМС от 08.10.2024 N 172н)

Председатель
И.В.БАЛАНИН

Приложение N 1
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от 19 сентября 2022 г. N 120н

Список изменяющих документов
(в ред. Приказа ФФОМС от 08.10.2024 N 172н)

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 и дата счета _____

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 медицинской помощи <1>	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
Итого:								

III. Результаты медико-экономического контроля:

N п/п	N записи в реестре случаев <2>	N полиса обязательного медицинского страхования <3>	Код диагноза по МКБ <3>	Условия оказания медицинской помощи <4>	Даты оказания медицинской помощи <4>		Код профиля медицинской помощи <5>	Количество нарушений (дефектов)	Перечень кодов на рушения (дефектов) <6>	Сумма финансовых санкций, по перечню кодов нарушений (дефектов), рублей	
					дата начала	дата окончания				Сумма неоплаты и (или) уменьшения оплаты, рублей	Сумма штрафа, рублей
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Итого:											

Итоговая сумма, принятая к оплате: _____ рублей.

IV. Заверительная часть:

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)

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

<2> Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 31 марта 2021
г. N 34н "Об определении Порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного
медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации
25 августа 2021 г., регистрационный N 64757), с изменениями, внесенными приказами
Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 11 февраля 2022 г. N 17н
(зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 февраля 2022 г.,
регистрационный N 67445), от 15 ноября 2022 г. N 166н (зарегистрирован Министерством
юстиции Российской Федерации 21 ноября 2022 г., регистрационный N 71028).

<3> МКБ - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных
со здоровьем.

<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), от 4 сентября 2024 г. N 449н (зарегистрирован
Министерством юстиции Российской Федерации 3 октября 2024 г., регистрационный N 79698).

Приложение N 2
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от 19 сентября 2022 г. N 120н

Список изменяющих документов
(в ред. Приказа ФФОМС от 08.10.2024 N 172н)

Форма

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

I. Общая часть

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

Основание для проведения внеплановой медико-экономической экспертизы <1>

Специалист-эксперт: _____

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

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

Срок проведения экспертизы с "___" _____ 20__ г. по "___" _____ 20__ г.

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 <4>)	Даты оказания медицинской 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: _____

V. Заверительная часть

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 - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем.

<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
к заключению по результатам
медико-экономической экспертизы
от 19 сентября 2022 г. N 120н

Список изменяющих документов
(введено Приказом ФФОМС от 08.10.2024 N 172н)

Форма

Экспертное заключение
(протокол)

I. Общая часть

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

Наименование страховой медицинской организации _____

Наименование медицинской организации _____

Специалист-эксперт:

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

Медицинская документация N _____

Номер случая _____

Номер полиса обязательного медицинского страхования _____

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

Наименование медицинской организации _____

Дата начала оказания медицинской помощи "___" _____ г.

Дата окончания оказания медицинской помощи "___" _____ г.

Срок проведения экспертизы с "___" _____ 202_ г. по "___" _____ 202_ г.

Форма оказания медицинской помощи <1> (отметить нужное):

экстренная неотложная плановая

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

вне медицинской организации амбулаторно в дневном стационаре

стационарно

Исход случая (отметить нужное): выздоровление улучшение без перемен

ухудшение смерть самовольный уход переведен (направлен) на

госпитализацию (указать) _____

другое (указать) _____

Диагноз клинический заключительный по МКБ <3>:

основной _____

осложнение _____

сопутствующий _____

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

II. Заключение о наличии нарушений/дефектов раздела 2 "Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы" Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющегося 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), от 4 сентября 2024 г. N 449н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 октября 2024 г., регистрационный N 79698):

Выявленные основания для отказа в оплате (уменьшения оплаты) медицинской помощи (коды нарушений):

III. Заверительная часть:

Специалист-эксперт:

_____ " __ " _____ 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 4 статьи 32 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

<2> Часть 3 статьи 32 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

<3> МКБ - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных

со здоровьем.

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

Список изменяющих документов
(в ред. Приказа ФФОМС от 08.10.2024 N 172н)

Форма

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

I. Общая часть

Форма и вид проведения экспертизы:

плановая внеплановая тематическая целевая повторная (отметить
нужное)

Эксперт качества медицинской помощи

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

Специальность эксперта качества медицинской помощи _____

Поручение:

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

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

Наименование страховой медицинской организации _____

Наименование медицинской организации _____

Условия оказания медицинской помощи <2> (отметить нужное): вне медицинской
организации амбулаторно в дневном стационаре стационарно

Профиль оказанной медицинской помощи _____

Номер и дата счета за оказанные медицинские услуги _____

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

II. Результаты экспертизы качества медицинской помощи:

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 <4>)	Даты оказания медицинской 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 - (дата)
при наличии) и идентификационный
номер в едином реестре экспертов
качества медицинской помощи <9>)

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

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

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 - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем.

<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.

<9> Часть 7.1 статьи 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

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

Список изменяющих документов
(в ред. Приказа ФФОМС от 08.10.2024 N 172н)

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 и вид проведения экспертизы:

плановая внеплановая тематическая целевая повторная (отметить
нужное)

Срок проведения экспертизы с " __ " _____ 202_ г. по " __ " _____ 202_ г.

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 <3>:
основной _____
осложнение _____
сопутствующий _____

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

Диагноз патологоанатомический/судебно-медицинский по МКБ <3>:
основной _____
осложнение _____
сопутствующий _____

Заключение о наличии нарушений (дефектов) по кодам разделов 2 "Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы" и 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 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), от 4 сентября 2024 г. N 449н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 октября 2024 г., регистрационный N 79698), 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) преимущество (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 ;

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

5.2) 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) и идентификационный номер в едином реестре экспертов качества медицинской помощи <5>)

(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 - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем.

<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).

<5> Часть 7.1 статьи 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

Приложение N 4
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от 19 сентября 2022 г. N 120н

Список изменяющих документов
(в ред. Приказа ФФОМС от 08.10.2024 N 172н)

Форма

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

I. Общая часть

Эксперты качества медицинской помощи:

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

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

(наименование направившей
организации)

Обоснование поручения _____

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

Наименование страховой медицинской организации _____

Номер полиса обязательного медицинского страхования _____

Место оказания медицинской помощи _____

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

Условия оказания медицинской помощи <2> (отметить нужное): вне медицинской
организации амбулаторно в дневном стационаре стационарно

Медицинская документация N _____

Период оказания медицинской помощи:

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

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

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

Диагноз, установленный медицинской организацией _____

Дополнительно проверена следующая учетно-отчетная документация:

Всего проверено случаев оказания медицинской помощи:

_____ на сумму _____ рублей.

II Результаты мультидисциплинарной внеплановой целевой экспертизы качества
медицинской помощи

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

№ п/п	Код профиля отделения (койки) <3>	№ 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> Сноска утратила силу.

<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
к заключению по результатам
мультидисциплинарной внеплановой
целевой экспертизы качества
медицинской помощи
от 19 сентября 2022 г. N 120н

Список изменяющих документов
(введено Приказом ФФОМС от 08.10.2024 N 172н)

Форма

Экспертное заключение
(протокол)

I. Общая часть

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

Наименование страховой медицинской организации (заполняется при проведении
повторной мультидисциплинарной внеплановой целевой экспертизы качества
медицинской помощи) _____

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 _____

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. по профилю оказанной
медицинской помощи: _____

с "___" _____ 202_ г. по "___" _____ 202_ г. по профилю оказанной
медицинской помощи: _____

Срок проведения экспертизы с "___" _____ 202_ г. по "___" _____ 202_ г.

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

экстренная неотложная плановая

Условия оказания медицинской помощи <3> (отметить нужное):

вне медицинской организации амбулаторно в дневном стационаре
стационарно

Профиль оказанной медицинской помощи _____

Номер случая _____

Исход случая (отметить нужное): выздоровление улучшение без перемен

ухудшение смерть самовольный уход переведен (направлен) на

госпитализацию (указать) _____

другое (указать) _____

Диагноз клинический заключительный по МКБ <4>:

основной _____

осложнение _____

сопутствующий _____

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

Диагноз патологоанатомический/судебно-медицинский по МКБ <4>:

основной _____

осложнение _____

сопутствующий _____

Заключение о наличии нарушений (дефектов) <5> 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 не отраженных в листе назначения рекомендаций: _____;

о наличии в медицинской документации медицинских показаний, не позволяющих
применить не внесенные в лист назначений рекомендации (отметить нужное) да

нет ;

5.1) оценка полноты выполнения рекомендаций национального медицинского

исследовательского центра (отметить нужное): исполнение неисполнение
неполное исполнение ;

5.2) констатировано неисполнение/неполное исполнение следующих рекомендаций:

II. Выводы: _____

(соответствие качества медицинской помощи <6>: 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:

Руководитель группы экспертов качества медицинской помощи: _____

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

Эксперт качества медицинской помощи: _____

(фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии) и идентификационный номер в
едином реестре экспертов качества медицинской помощи <8>)

_____ " __ " _____ 202_ г.

(подпись)

(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".

<2> Часть 4 статьи 32 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах

охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

<3> Часть 3 статьи 32 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

<4> МКБ - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем.

<5> По кодам разделов 2 "Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы" и 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 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), от 4 сентября 2024 г. N 449н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 октября 2024 г., регистрационный N 79698).

<6> Пункт 21 статьи 2 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

<7> Часть 7.1 статьи 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

<8> Часть 7.1 статьи 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

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

Форма

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

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

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

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

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

Наименование медицинской организации, предоставившей счет _____

Код медицинской организации, предоставившей счет <3> _____

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>	№ 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 финансовой санкции <9>	Сумма финансовой санкции, 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 финансовой санкции <9>	Сумма финансовой санкции, рублей	Прочие коды выявленных нарушений (дефектов) <10>

"Об установлении форм заключения по результатам
медико-экономичес...

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

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

Код структурного подразделения медицинской организации <11>	Код профиля отделения (коек) <12>	№ индивидуального счета	Период (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 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, 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, подлежащая 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

Список изменяющих документов
(в ред. Приказа ФФОМС от 08.10.2024 N 172н)

Форма

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

Наименование медицинской организации: _____

Сумма по счету: _____

1. Количество проверенной медицинской документации: _____

2. Выявлено нарушений при оказании медицинской помощи:

№ 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.

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

Список изменяющих документов
(в ред. Приказа ФФОМС от 08.10.2024 N 172н)

Форма

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

Наименование медицинской организации _____

Сумма по счету _____

1. Количество проверенной медицинской документации: _____

2. Выявлено нарушений при оказании медицинской помощи: _____

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

Всего не подлежит оплате сумма: _____ рублей.

сумма неоплаты: _____ рублей.

штраф в размере: _____ рублей.

Итого к оплате: _____ рублей.

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

_____ " __ " _____ 202_ г.

_____ (подпись)

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

_____ (дата)

М.П. (при наличии)

Руководитель медицинской организации:

_____ " __ " _____ 202_ г.

_____ (подпись)

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

_____ (дата)

М.П. (при наличии)

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

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

Форма

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

От _____

(наименование медицинской организации)

В _____

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

Считаю необоснованной сумму финансовых санкций, определенную
страховой медицинской организацией _____

(наименование страховой
медицинской организации)

Согласно заключению по результатам (отметить нужное):

медико-экономического контроля медико-экономической экспертизы

экспертизы качества медицинской помощи

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

Специалист-эксперт эксперт качества медицинской помощи (отметить
нужное)

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

Номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица: _____

Сумма финансовых санкций _____ рублей.

Приложение <2>:

1) обоснование претензии: _____

Считаю необоснованной сумму финансовых санкций на _____ рублей.

2) перечень вопросов: _____ ;

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

Руководитель медицинской организации:

"__" _____ 202_ г.

(подпись)

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

(дата)

М.П. (при наличии)

<1> Часть 7.1 статьи 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2021, N 50, ст. 8412).

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

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

Форма

(наименование должности руководителя
медицинской организации)

(наименование медицинской организации)

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

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

от "___" _____ 202_ г. N _____

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

(наименование)

Основание проведения экспертизы _____

(наименование документа, номер, дата)

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

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

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

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

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

Перечень документов, необходимых для проведения экспертизы:

- 1) _____
- 2) _____

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

"__" _____ 202_ г.

(подпись)

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

(дата)

М.П. (при наличии)

Приложение N 10
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от 19 сентября 2022 г. N 120н

Список изменяющих документов
(введено Приказом ФФОМС от 08.10.2024 N 172н)

Форма

Заключение
по результатам повторной медико-экономической экспертизы/экспертизы качества
медицинской помощи
от "__" _____ 202_ г. N _____

I. Общая часть

Специалист-эксперт территориального фонда обязательного медицинского
страхования

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

Эксперт качества медицинской помощи территориального фонда обязательного
медицинского страхования:

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

Специальность эксперта качества медицинской помощи территориального фонда
обязательного медицинского страхования _____

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

Наименование страховой медицинской организации _____

Специальность эксперта качества медицинской помощи страховой медицинской

организации, проводившего экспертизу качества медицинской помощи _____

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 _____

Сумма по счету, рублей _____

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

Результаты повторной медико-экономической экспертизы/экспертизы качества
медицинской помощи:

Проведена повторная медико-экономическая экспертиза/экспертиза качества
медицинской помощи _____ случаев на сумму _____ рублей.

1. При повторной медико-экономической экспертизе/экспертизе качества
медицинской помощи _____ случаев, признанных страховой медицинской
организацией удовлетворительными, экспертное заключение (протокол) экспертов
качества медицинской помощи территориального фонда обязательного медицинского
страхования совпало с экспертным заключением (протоколом) экспертов качества
медицинской помощи страховой медицинской организации в _____ случаях, а
именно:

N п/п	N записи в реестре случаев <3>	N полиса обязательного медицинского страхования	N ме дици нской карты	Диагноз <4> (код МКБ <5>)	Даты оказания медицинской помощи <6>		Стоимость оказанной медици нской помощи <7>
					дата начала	дата окончания	
1	2	3	4	5	6	7	8
Итого:							

2. По _____ случаям специалистами-экспертами/экспертами качества
медицинской помощи территориального фонда обязательного медицинского
страхования выявлены нарушения, допущенные медицинской организацией, но не
выявленные страховой медицинской организацией.

N п/п	N записи в реестре случаев <3>	N полиса обязательного медицинского страхования	N медицинской карты	Диагноз <4> (код МКБ <5>)	Даты оказания медицинской помощи <6>		Стоимость оказанной медицинской помощи <7>	Код нарушения (дефекта) <8>	Описание выявленного дефекта	Сумма, подлежащая оплате и (или) уменьшению оплаты, рублей	Сумма финансовых санкций к медицинской организации, рублей		Сумма штрафа к страховой медицинской организации, рублей <9>
					дата начала	дата окончания					Сумма, подлежащая неоплате и (или) уменьшению оплаты, рублей	Сумма штрафа, рублей	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Итого:								X	X				

3. Проведена повторная медико-экономическая экспертиза/экспертиза качества медицинской помощи _____ случаев с выявленными страховой медицинской организацией нарушениями.

По _____ случаям экспертное заключение (протокол) экспертов качества медицинской помощи страховой медицинской организации, являющееся неотъемлемой частью настоящего заключения, совпало с экспертным заключением (протоколом) экспертов качества медицинской помощи территориального фонда обязательного медицинского страхования:

N п/п	N записи в реестре случаев <3>	N полиса обязательного медицинского страхования	N медицинской карты	Диагноз <4> (код МКБ <5>)	Даты оказания медицинской помощи <6>		Стоимость оказанной медицинской помощи <7>	Код нарушения (дефекта) <8>	Сумма финансовых санкций к медицинской организации, рублей	
					дата начала	дата окончания			Сумма, подлежащая неоплате и (или) уменьшению оплаты, рублей	Сумма штрафа, рублей
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Итого:								X		

4. По _____ случаям специалистами-экспертами/экспертами качества медицинской помощи территориального фонда обязательного медицинского страхования выявлены нарушения, допущенные специалистами-экспертами/экспертами качества медицинской помощи страховой медицинской организации при медико-экономической экспертизе/экспертизе качества медицинской помощи:

N п/п	N по лиса обязательного медицинского страхования	N ме дицинской карты	Диа гноз <4> (код МК Б <5>)	Даты оказания медицинской помощи <6>		Сто имость оказания медицинской помощи <7>	Код на рушения (дефекта) <8>, выя вленный страховой ме дицинской организацией	Сумма финансовых санкций к медицинской организации, рублей		Код на рушения (дефекта) <8>, выя вленный территори аль ным фондом обяза тель ного ме дицинского страхо вания	Оп иса ние выя влен го дефек та	Сумма финансовых санкций к медицинской организации, рублей		Сумма финансовых санкций по результатам повторной медико-экономиче ской экспертизы/ экспертизы качества медицинской помощи с учетом финансовых санкций, примененных страховой медицинской организацией, рублей		Су мма штра фа к страхо вой ме дицинско й орга низа ции <9>, ру блей	Су мма, по длежа щая возме нению оплаты, рублей
				дата на чала	дата око нчания			Сумма, по длежа щая оплате и (или) уме ньшению оплаты, рублей	Су мма штра фа, ру блей			Сумма, по длежа щая оплате и (или) уме ньшению оплаты, рублей	Су мма штра фа, ру блей	Сумма, подлежащая возврату в бюджет территориаль ного фонда обязательного медицинского страхования, рублей			
1	2	3	4	5	6	7	8	8.1	8.2	9	9.1	9.2	9.3	10	11	12	13

Итого:		X			X	X						
--------	--	---	--	--	---	---	--	--	--	--	--	--

Экспертное заключение (протокол) экспертов качества медицинской помощи территориального фонда обязательного медицинского страхования, являющееся неотъемлемой частью настоящего заключения, формулируется согласно договору <9> со страховой медицинской организацией с описанием выявленных дефектов.

Выводы: _____

I. Экспертное заключение (протокол) страховой медицинской организации и территориального фонда обязательного медицинского страхования совпало в ____ случаях.

Сумма, обоснованно удержанная с медицинской организации в размере _____ рублей, в том числе:

сумма неоплаты и (или) уменьшения оплаты _____ рублей;

штраф в размере _____ рублей.

II. Выявлено нарушений, допущенных страховой медицинской организацией в организации и проведении медико-экономической экспертизы/экспертизы качества медицинской помощи в _____ случаях, в том числе:

количество нарушений _____

Сумма штрафа к страховой медицинской организации _____ рублей.

К страховой медицинской организации за нарушения деятельности по осуществлению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применены финансовые санкции по кодам нарушений <9>:

9.1. (невыявление дефектов, соответствующих перечню оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи, установленному в Порядке контроля) - уменьшение финансирования на 100% необоснованно оплаченной суммы и штраф в размере 10% от необоснованно оплаченной суммы в _____ случаях на _____ рублей;

9.4. (необоснованное снятие с медицинских организаций денежных средств по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования) - штраф в размере 100% от необоснованно удержанной суммы средств в _____ случаях на _____ рублей.

III. Рекомендации:

N п/п	Сумма, подлежащая возврату в медицинскую организацию отдельным платежным поручением, как необоснованно удержанная, рублей			Подлежит перечислению за счет собственных средств страховой медицинской организации на счет территориального фонда обязательного медицинского страхования финансовые санкции по кодам нарушений <7>	Сумма, подлежащая возврату медицинской организацией в доход бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования (сумма уменьшения финансового обеспечения), с учетом ранее примененных финансовых санкций при проведении контрольно-экспертных мероприятий страховой медицинской организацией		
	всего,	сумма	сумма		всего,	сумма	сумма

	из них:	неоплаты и (или) уменьше ния оплаты, рублей	штра фа, рублей	9.1 и 9.4 в размере, рублей	из них:	неоплаты и (или) уменьше ния оплаты, рублей	штрафа, рублей
1	2	3	4	5	6	7	8

IV. Заверительная часть:

Специалист (специалисты), проводивший (проводившие) повторную
медико-экономическую экспертизу:

"__" _____ 202_ г.

(подпись)

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

(дата)

Эксперт (эксперты) качества медицинской помощи, проводивший (проводившие)
повторную экспертизу качества медицинской помощи:

"__" _____ 202_ г.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (отчество -
при наличии) и идентификационный
номер в едином реестре экспертов
качества медицинской помощи <8>)

(дата)

Руководитель (уполномоченное лицо) территориального фонда обязательного
медицинского страхования:

"__" _____ 202_ г.

(подпись)

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

(дата)

М.П. (при наличии)

Руководитель (уполномоченное лицо) 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".

<2> Часть 3 статьи 32 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

<3> Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 31 марта 2021 г. N 34н "Об определении Порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 августа 2021 г., регистрационный N 64757), с изменениями, внесенными приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 11 февраля 2022 г. N 17н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 февраля 2022 г., регистрационный N 67445), от 15 ноября 2022 г., N 166н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 ноября 2022 г., регистрационный N 71028).

<4> Окончательный клинический диагноз, указанный в счете на оплату медицинской помощи.

<5> МКБ - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем.

<6> Даты начала и окончания оказания медицинской помощи, указанные в счете на оплату медицинской помощи.

<7> Подпункт 7 пункта 146 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных 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 3 сентября 2021 г. N 908н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 октября 2021 г., регистрационный N 65295), от 15 декабря 2021 г. N 1148н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 января 2022 г., регистрационный N 66968), от 21 февраля 2022 г. N 100н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2022 г., регистрационный N 67559), от 13 декабря 2022 г. N 789н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 декабря 2022 г., регистрационный N 71905).

<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), от 4 сентября 2024 г. N 449н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 октября 2024 г., регистрационный N 79698) (далее - Порядок контроля).

<9> Приложение N 2 к типовому договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 октября 2022 г. N 703н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 ноября 2022 г., регистрационный N 71044).
