

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 экспертных мероприятий

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

Установить:

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

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

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

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

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

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

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

форму претензии согласно приложению № 8;

форму уведомления о проведении экспертных мероприятий согласно приложению № 9.

Председатель

Е.Е. Чернякова

Приложение № 1
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от «__» _____ 2021 г. № ____

Форма

Заключение по результатам медико-экономического контроля
№ _____ от «__» _____ 202__ г.

Наименование фонда 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.

Сведения об оказанной медицинской помощи:

№ п/п	Число представленных к оплате единиц учета	Суммарная стоимость единиц учета, представленная к оплате, рублей	Число единиц учета, содержащих сведения о нарушениях	Суммарная стоимость единиц учета, отклоненная от оплаты, содержащая сведения о нарушениях, рублей	Число единиц учета, принятых к оплате	Суммарная стоимость единиц учета, принятая к оплате, рублей
1	2	3	4	5	6	7

Перечень отклоненных позиций к оплате в счете/реестре счетов:

№ п/п	№ п/п в реестре	№ полиса обязательного медицинского страхования	Код по МКБ-10 ¹	Условия оказания медицинской помощи	Даты оказания медицинской помощи ²		Код профиля медицинской помощи ³	Код профиля отделения (койки) ⁴ или специальности медицинского работника ⁵	Код специалиста, оказавшего медицинскую помощь ⁶	Код услуги ⁷ /код клинико-статистической группы ⁸	Количество нарушений	Код нарушения/дефекта ⁹	Уточняющий код нарушения ¹⁰									Сумма финансовых санкций, рублей
					дата начала лечения	дата окончания лечения																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

¹ МКБ-10 - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр).

² Даты начала и окончания оказания медицинской помощи, указанные в счете на оплату.

³ Таблица 4 Перечень НСИ и реестров в сфере ОМС Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. № 79, с изменениями, внесенными приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 9 сентября 2016 г. № 169, от 17 ноября 2017 г. № 323, от 23 марта 2018 г. № 54, от 28 сентября 2018 г. № 200, от 13 декабря 2018 г. № 285, от 30 августа 2019 г. № 173, от 15 января 2020 г. № 6, от 5 марта 2020 г. № 49 (далее - приказ № 79) (согласно письму Министерства юстиции Российской Федерации от 27 июля 2018 г. № 01/99744-ЮЛ приказ № 79 не подлежал представлению на государственную регистрацию в Министерство юстиции Российской Федерации) (далее - Таблица 4 Перечень НСИ и реестров в сфере ОМС).

⁴ Таблица 4 Перечень НСИ и реестров в сфере ОМС.

⁵ Таблица 4 Перечень НСИ и реестров в сфере ОМС.

⁶ Таблица 4 Перечень НСИ и реестров в сфере ОМС.

⁷ Таблица 4 Перечень НСИ и реестров в сфере ОМС.

⁸ Таблица 4 Перечень НСИ и реестров в сфере ОМС.

⁹ Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющийся приложением к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный № 63410) (далее – Перечень оснований № 231н).

¹⁰ Перечень оснований № 231н.

Итоговая сумма, принятая к оплате: _____ рублей.

Специалист, проводивший медико-экономический контроль:

(подпись) (ФИО (отчество - при наличии) «__» _____ 202_ г.
(дата)

Ответственное лицо фонда обязательного медицинского страхования:

(подпись) (ФИО (отчество - при наличии) «__» _____ 202_ г.
(дата)

М.П.

Руководитель страховой медицинской организации:

(подпись) (ФИО (отчество - при наличии) «__» _____ 202_ г.
(дата)

М.П.

Руководитель медицинской организации:

(подпись) (ФИО (отчество - при наличии) «__» _____ 202_ г.
(дата)

М.П.

Руководитель территориального фонда обязательного медицинского страхования по месту страхования застрахованного лица (при проведении межтерриториальных взаиморасчетов):

(подпись) (ФИО (отчество - при наличии) «__» _____ 202_ г.
(дата)

М.П.

Приложение № 2
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от «__» _____ 2021 г. № _____

Форма

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

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

Основание для проведения внеплановой медико-экономической экспертизы¹ (нужный номер выделить)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Ф.И.О. (отчество - при наличии) специалиста-эксперта _____

Поручение № _____ Дата: «__» _____ 202__ г.

Наименование фонда обязательного медицинского страхования/страховой медицинской организации

Наименование медицинской организации

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

Номер и дата счета за медицинские услуги _____

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. № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный номер 63410).

№ п/п	№ позиции в счете	№ полиса обязательного медицинского страхования	Дата рождения застрахованного лица	Пол застрахованного лица	№ медицинской карты	Диагноз ² (код МКБ-10) ³	Даты оказания помощи ⁴		Стоимость ⁵	Код нарушения/дефекта ⁶	Описание выявленных нарушений ⁷	Отметка о передаче случая на экспертизу качества медицинской помощи	Сумма неоплаты	Сумма штрафа
							дата начала лечения	дата окончания лечения						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

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 (уменьшению оплаты) _____ случаев на сумму _____ рублей

² Окончательный клинический диагноз, указанный в счете на оплату медицинской помощи.

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.

⁵ Стоимость оказанной медицинской помощи, указанная в счете на оплату медицинской помощи.

⁶ Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющийся приложением к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный № 63410).

⁷ 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 приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный номер 63410).

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

Выводы:

Рекомендации:

По итогам проверки проведен разбор данного (данных) случая (случаев):

с руководством медицинской организации без руководства медицинской организации (отметить нужное)

Перечень случаев, представленных к проверке, по которым отсутствуют нарушения/дефекты:

№ п/п	№ позиции в реестре счетов	№ полиса обязательного медицинского страхования
1	2	3

Специалист-эксперт:

_____ «__» _____ 202_ г.
 (подпись) (ФИО (отчество - при наличии) (дата)

Руководитель фонда обязательного медицинского страхования организации/страховой медицинской организации:

_____ «__» _____ 202_ г.
 (подпись) (ФИО (отчество - при наличии) (дата)

М.П.

Руководитель медицинской организации:

_____ «__» _____ 202_ г.
 (подпись) (ФИО (отчество - при наличии) (дата)

М.П.

Приложение № 3
к приказу Федерального фонда обязательного
медицинского страхования
от «___» _____ 2021 г. № ___

Форма

Заключение по результатам экспертизы качества медицинской помощи

№ _____ от «___» _____ 202__ г.

Форма и вид проведения экспертизы:

плановая внеплановая тематическая целевая (отметить нужное)

Эксперт качества медицинской помощи:

(ФИО (отчество - при наличии) или идентификационный номер в едином реестре экспертов качества медицинской помощи¹)

Поручение № _____ Дата: «___» _____ 202__ г.

Наименование фонда обязательного медицинского страхования /страховой медицинской организации _____

Наименование медицинской организации _____

Номер и дата счета за медицинские услуги _____

¹ Часть 7¹ статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2020, № 50, ст. 8075).

№ п/п	№ позиции в счете	№ полиса обязательного медицинского страхования	Дата рождения застрахованного лица	Пол застрахованного лица	№ медицинской документации	Диагноз ² (код МКБ-10 ³)	Даты оказания помощи ⁴		Стоимость ⁵	Код нарушения/дефекта ⁶	Краткое заключение ⁷ отчета о передаче случая с медико-экономической экспертизы	Сумма неоплаты	Сумма штрафа
							дата начала лечения	дата окончания лечения					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Всего проверено случаев оказания медицинской помощи _____ на сумму _____ рублей. Из них признано содержащими нарушения при оказании медицинской помощи _____ случаев.

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

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

Выводы: _____

Рекомендации: _____

Дополнительно проверена следующая учетно-отчетная документация: _____

По итогам проверки проведен разбор данного (данных) случая (случаев):

с руководством медицинской организации без руководства медицинской организации (отметить нужное)

Заключение об отсутствии выявленных нарушений/дефектов.

Проверяемый период с «__» _____ 202_ г. по «__» _____ 202_ г.

² Окончательный клинический диагноз, указанный в счете на оплату медицинской помощи.

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

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

⁵ Стоимость оказанной медицинской помощи, указанная в счете на оплату медицинской помощи.

⁶ Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющийся приложением к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный № 63410).

⁷ Выводы из экспертного заключения, краткое наименование и описание всех выявленных нарушений/дефектов при оказании медицинской помощи, в том числе не указанных в графе 11 таблицы.

№ п/п	№ полиса обязательного медицинского страхования	Вид, № медицинской документации	Даты оказания помощи ⁸		Код МКБ-10 ⁹	Оплачено за медицинские услуги
			дата начала	дата окончания лечения		
1	2	3	4	5	6	7

Количество экспертных заключений, являющихся неотъемлемой частью настоящего заключения _____

Эксперт качества медицинской помощи:

_____ «__» _____ 202_ г.
 (подпись) (ФИО (отчество - при наличии) (дата)

Руководитель фонда обязательного медицинского страхования организации/страховой медицинской организации:

_____ «__» _____ 202_ г.
 (подпись) (ФИО (отчество - при наличии) (дата)

М.П.

Руководитель медицинской организации:

_____ «__» _____ 202_ г.
 (подпись) (ФИО (отчество - при наличии) (дата)

М.П.

⁸ Даты начала и окончания оказания медицинской помощи, указанные в счете на оплату.

⁹ МКБ-10.

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

Форма

Экспертное заключение
(протокол оценки качества медицинской помощи)

Наименование фонда обязательного медицинского страхования/страховой медицинской организации _____

Эксперт качества медицинской помощи _____
(ФИО (отчество - при наличии) или идентификационный номер
в едином реестре экспертов качества медицинской помощи¹)

Медицинская документация № _____

Номер полиса обязательного медицинского страхования _____

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

Наименование медицинской организации _____

Форма оказания медицинской помощи (отметить нужное):

экстренная неотложная плановая

Запланированный результат оказания медицинской помощи: _____

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:

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 приказу Министерства здравоохранений Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля

¹ Часть 7¹ статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2020, № 50, ст. 8075).

объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный № 63410), с приведением краткого описания выявленных нарушений:

I. Сбор информации (расспрос, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, консилиум) _____

II. Диагноз (формулировка, содержание, время постановки):

основной _____

осложнение _____

сопутствующий _____

III. Оказание медицинской помощи, в том числе назначение лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий: _____

IV. Преимущество (обоснованность поступления, длительности лечения, перевод, содержание рекомендаций): _____

V. Заключение о наличии в медицинской документации рекомендаций национального медицинского исследовательского центра, данных при проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:

наличие заключения национального медицинского исследовательского центра:

да нет (отметить нужное);

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

наличие в медицинской документации медицинских показаний, не позволяющих применить невнесенные в лист назначений рекомендации: да нет (отметить нужное)

Оценка полноты выполнения рекомендаций национального медицинского исследовательского центра:

исполнение неисполнение неполное исполнение (отметить нужное)

Констатировано неисполнение/неполное исполнение следующих рекомендаций: _____

Выводы (соответствие качества медицинской помощи²): надлежащее/ненадлежащее (своевременность, правильность выбора методов диагностики и лечения, степень достижения запланированного результата): _____

наиболее значимые нарушения/дефекты, повлиявшие на исход заболевания: _____

Эксперт качества медицинской помощи:

_____ «__» _____ 202_ г.
(подпись) (ФИО (отчество - при наличии) (дата)

Руководитель медицинской организации:

_____ «__» _____ 202_ г.
(подпись) (ФИО (отчество - при наличии) (дата)

М.П.

² Пункт 21 статьи 2 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2019, № 52, ст. 7796).

Приложение № 4
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от «__» _____ 2021 г. № _____

Форма

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

Экспертами качества медицинской помощи:

_____ (отчество - при наличии) или идентификационный номер в едином реестре экспертов качества медицинской помощи¹)

по поручению _____ (наименование направившей организации)

№ _____ произведена экспертиза качества медицинской помощи с целью выявления нарушений прав застрахованного лица _____

Номер полиса обязательного медицинского страхования _____

Место оказания медицинской помощи

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

Медицинская документация № _____

Учетно-отчетная документация № _____

Период оказания медицинской помощи:

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

с «__» _____ 202_ г. по «__» _____ 202_ г.

с «__» _____ 202_ г. по «__» _____ 202_ г.

Диагноз, установленный медицинской организацией _____

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

¹ Часть 7¹ статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2020, № 50, ст. 8075).

№ п/п	№ медицинской документации	Код нарушения/ дефекта ²	Краткое описание выявленных нарушений ³	Подлежит неоплате/ уменьшению оплаты, рублей	Размер штрафа, рублей
1	2	3	4	5	6

Выводы: _____

Рекомендации: _____

Руководитель группы экспертов качества медицинской помощи _____

(ФИО (отчество - при наличии) или идентификационный номер в едином реестре экспертов качества медицинской помощи⁴)

Руководитель фонда обязательного медицинского страхования/страховой медицинской организации:

_____ «__» _____ 202_ г.
(подпись) (ФИО (отчество - при наличии) (дата)

М.П.

Руководитель медицинской организации:

_____ «__» _____ 202_ г.
(подпись) (ФИО (отчество - при наличии) (дата)

М.П.

² Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющийся приложением к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный № 63410) (далее – Перечень оснований № 231н).

³ Краткое наименование и описание всех выявленных нарушений/дефектов при оказании медицинской помощи в соответствии с Перечнем оснований № 231н.

⁴ Часть 7¹ статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2020, № 50, ст. 8075).

Приложение № 5
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от «___» _____ 2021 г. № _____

Форма

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

Период с «___» _____ 202__ г. по «___» _____ 202__ г.

Наименование фонда обязательного медицинского страхования, получившего счета от медицинской организации _____

Код фонда обязательного медицинского страхования, получившего счета от медицинской организации¹ _____

Код территории местонахождения фонда обязательного медицинского страхования² _____

Наименование медицинской организации, предоставившей счет _____

Код медицинской организации, предоставившей счет³ _____

Код территории местонахождения медицинской организации, предоставившей счет⁴ _____

1. Сведения о результатах медико-экономического контроля:

Результаты	Наименование видов 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		
Согласовано к оплате за медицинскую помощь, оказанную	вне медицинской организации		
	всего, в том числе:		
	стационарно		
	в дневном стационаре		
	амбулаторно		
	вне медицинской организации		

¹ Общероссийский классификатор организационно-правовых форм ОК 028-2012, утвержденный приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 16 октября 2012 г. № 505-ст (далее – ОК 028-2012).

² Общероссийский классификатор территорий муниципальных образований ОК 033-2013, утвержденный приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 14 июня 2013 г. № 159-ст (далее - ОК 033-2013).

³ ОК 028-2012.

⁴ ОК 033-2013.

Результаты	Наименование видов медицинской помощи	Количество случаев	На сумму, рублей
Не согласовано к оплате за медицинскую помощь, оказанную	всего, в том числе:		
	стационарно		
	в дневном стационаре		
	амбулаторно		
	вне медицинской организации		
Не согласовано 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 стационарную медицинскую помощь

случаев оказания медицинской помощи _____ на сумму _____ рублей.

Код структурного подразделения медицинской организации ⁵	Код отделения ⁶ или профиля коек (для стационарной медицинской помощи) ⁷	№ индивидуального счета	Период (месяц)	№ полиса обязательного медицинского страхования	Код территории страхования ⁸	Код нарушения ⁹	Сумма, подлежащая неоплате	Код финансовых санкций ¹⁰	Сумма финансовых санкций	Примечания
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

⁵ Таблица 4 Перечень НСИ и реестров в сфере ОМС Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. № 79, с изменениями, внесенными приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 9 сентября 2016 г. № 169, от 17 ноября 2017 г. № 323, от 23 марта 2018 г. № 54, от 28 сентября 2018 г. № 200, от 13 декабря 2018 г. № 285, от 30 августа 2019 г. № 173, от 15 января 2020 г. № 6, от 5 марта 2020 г. № 49 (далее - приказ № 79) (согласно письму Министерства юстиции Российской Федерации от 27 июля 2018 г. № 01/99744-ЮЛ приказ № 79 не подлежал представлению на государственную регистрацию в Министерство юстиции Российской Федерации) (далее - Таблица 4 Перечень НСИ и реестров в сфере ОМС).

⁶ Таблица 4 Перечень НСИ и реестров в сфере ОМС.

⁷ Таблица 4 Перечень НСИ и реестров в сфере ОМС.

⁸ Таблица 4 Перечень НСИ и реестров в сфере ОМС.

⁹ Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющийся приложением к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный № 63410) (далее - Перечень оснований № 231н).

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

2.1.2. за медицинскую помощь в дневном стационаре
случаев оказания медицинской помощи _____ на сумму _____ рублей.

Код структурного подразделения медицинской организации ¹¹	Код отделения ¹² или профиля коок (для стационарной)	№ индивидуального счета	Период (месяц)	№ полиса обязательного медицинского страхования	Код территории страхования ¹⁴	Код нарушения ¹⁵	Сумма, подлежащая неоплате	Код финансовых санкций ¹⁶	Сумма финансовых санкций	Примечания
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

2.1.3. за амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь
случаев оказания медицинской помощи _____ на сумму _____ рублей.

Код структурного подразделения медицинской организации ¹⁷	Код отделения или профиля коок (для стационарной медицинской помощи) ¹⁸	№ индивидуального счета	Период (месяц)	№ полиса обязательного медицинского страхования	Код территории страхования ¹⁹	Код нарушения/дефекта ²⁰	Сумма, подлежащая неоплате	Код финансовых санкций ²¹	Сумма финансовых санкций	Примечания
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

¹¹ Таблица 4 Перечень НСИ и реестров в сфере ОМС.

¹² Таблица 4 Перечень НСИ и реестров в сфере ОМС.

¹³ Таблица 4 Перечень НСИ и реестров в сфере ОМС.

¹⁴ Таблица 4 Перечень НСИ и реестров в сфере ОМС.

¹⁵ Перечень оснований № 231н.

¹⁶ Правила ОМС № 108н.

¹⁷ Таблица 4 Перечень НСИ и реестров в сфере ОМС.

¹⁸ Таблица 4 Перечень НСИ и реестров в сфере ОМС.

¹⁹ Таблица 4 Перечень НСИ и реестров в сфере ОМС.

²⁰ Перечень оснований № 231н.

²¹ Приложение № 5 к Правилам ОМС № 108н.

2.1.4. за медицинскую помощь, оказанную вне медицинской организации:
случаев оказания медицинской помощи _____ на сумму _____ рублей.

Код структурного подразделения медицинской организации ²²	Код отделения ²³ или профиля коек (для стационарной медицинской помощи) ²⁴	№ индивидуального счета	Период (месяц)	№ полиса обязательного медицинского страхования	Код территории страхования ²⁵	Код нарушения/дефекта ²⁶	Сумма, подлежащая неоплате	Код финансовых санкций ²⁷	Сумма финансовых санкций	Примечания
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	х									

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:

за медицинскую помощь, оказанную стационарно:

случаев оказания медицинской помощи _____ на сумму _____ рублей.

за медицинскую помощь в дневном стационаре:

случаев оказания медицинской помощи _____ на сумму _____ рублей.

за медицинскую помощь, оказанную амбулаторно:

случаев оказания медицинской помощи _____ на сумму _____ рублей.

за медицинскую помощь, оказанную вне медицинской организации:

случаев оказания медицинской помощи _____ на сумму _____ рублей.

²² Таблица 4 Перечень НСИ и реестров в сфере ОМС.

²³ Таблица 4 Перечень НСИ и реестров в сфере ОМС.

²⁴ Таблица 4 Перечень НСИ и реестров в сфере ОМС.

²⁵ Таблица 4 Перечень НСИ и реестров в сфере ОМС.

²⁶ Перечень оснований № 231н.

²⁷ Приложение № 5 к Правилам ОМС № 108н.

Код структурного подразделения медицинской организации ²⁸	Код отделения ²⁹ или профиля коек (для стационарной медицинской помощи) ³⁰	№ 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	Сумма, не принятая к оплате в связи с превышением согласованных объемов	в том числе до проведения повторного медико-экономического контроля	Сумма, удерживаемая в текущем месяце	Сумма, подлежащая удержанию в последующий период
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Дата предоставления счетов фонду обязательного медицинского страхования медицинской организацией «__» _____ 202__ г.

Дата проверки счетов (реестров) «__» _____ 202__ г.

Специалист фонда обязательного медицинского страхования/медицинской организации:
 _____ «__» _____ 202__ г.
 (подпись) (ФИО (отчество - при наличии) (дата)

Специалист медицинской организации:
 _____ «__» _____ 202__ г.
 (подпись) (ФИО (отчество - при наличии) (дата)

²⁸ Таблица 4 Перечень НСИ и реестров в сфере ОМС.

²⁹ Таблица 4 Перечень НСИ и реестров в сфере ОМС.

³⁰ Таблица 4 Перечень НСИ и реестров в сфере ОМС.

Приложение № 6
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от «__» _____ 2021 г. № _____

Форма

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

Наименование медицинской организации: _____

Сумма по счету: _____

1. Количество проверенной медицинской документации: _____
2. Выявлено несоответствие счета записям в первичной медицинской документации на сумму _____ рублей.
3. Выявлено нарушений при оказании медицинской помощи:

№ п/п	№ полиса обязательного медицинского страхования	Код нарушения/дефекта ¹	Сумма неоплаты, рублей	Сумма финансовых санкций, рублей	Сумма штрафа, рублей
1	2	3	4	5	6

Всего не подлежит оплате сумма: _____ рублей.

Штраф в размере: _____ рублей.

Всего подлежит оплате: _____ рублей.

Итого к оплате: _____ рублей.

Специалист-эксперт фонда обязательного медицинского страхования/страховой медицинской организации:

_____ «__» _____ 202__ г.
(подпись) (ФИО (отчество - при наличии) (дата)

Руководитель медицинской организации:

_____ «__» _____ 202__ г.
(подпись) (ФИО (отчество - при наличии) (дата)

М.П.

¹ Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющийся приложением к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный № 63410).

Приложение № 7
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от «__» _____ 2021 г. № _____

Форма

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

Наименование медицинской организации _____

Сумма по счету _____

1. Количество проверенной медицинской документации: _____

2. Выявлено несоответствие счета записям в первичной медицинской документации на сумму _____ рублей.

3. Выявлено нарушений при оказании медицинской помощи:

№ п/п	№ полиса обязательного медицинского страхования	Код нарушения ¹	Сумма неоплаты, рублей	Сумма финансовых санкций, рублей	Сумма штрафа, рублей
1	2	3	4	5	6

Всего не подлежит оплате сумма: _____ рублей.

Штраф в размере: _____ рублей.

Всего подлежит оплате: _____ рублей.

Итого к оплате: _____ рублей.

Эксперт качества медицинской помощи:

_____ «__» _____ 202__ г.
(подпись) (ФИО (отчество - при наличии) (дата)

Руководитель медицинской организации:

_____ «__» _____ 202__ г.
(подпись) (ФИО (отчество - при наличии) (дата)

М.П.

¹ Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющийся приложением к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный № 63410).

Приложение № 8
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от « ____ » _____ 2021 г. № _____

Форма

Претензия

От _____
(наименование медицинской организации)

В _____
(наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования)

Считаю необоснованной сумму взаиморасчета, определенную страховой медицинской организацией _____
(наименование страховой медицинской организации)

Согласно заключению по результатам (отметить нужное)

медико-экономической экспертизы экспертизы качества медицинской помощи

Номер заключения: _____ « ____ » _____ 202_ г.

Специалист-эксперт эксперт качества медицинской помощи (отметить нужное)

(ФИО (отчество - при наличии) или идентификационный номер в едином реестре экспертов качества медицинской помощи¹)

Номер полиса обязательного медицинского страхования _____

Сумма взаиморасчета _____ рублей.

1) Обоснование претензии: _____

Считаю необоснованной сумму взаиморасчета на общую сумму _____ рублей.

2) Перечень вопросов: _____

3) Приложения²:

Материалы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности на _____ листе (листах);

_____ на ____ листе (листах);

_____ на ____ листе (листах).

Руководитель медицинской организации:

_____ « ____ » _____ 202_ г.
(подпись) (ФИО (отчество - при наличии) (дата)

М.П.

¹ Часть 7¹ статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2020, № 50, ст. 8075).

² Пункт 82 Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный № 63410).

Приложение № 9
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от «__» _____ 2021 г. № _____

Форма

(наименование должности руководителя медицинской
организации)

(наименование медицинской организации)

(ФИО (отчество - при наличии) руководителя
медицинской организации)

Уведомление о проведении экспертных мероприятий

№ _____ от «__» _____ 202__ г.

Фонд обязательного медицинского страхования/страховая медицинская организация

(наименование)

Основание проведения экспертизы _____

(наименование документа, номер, дата)

уведомляет о проведении:

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

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

в срок с «__» _____ 202__ г. по «__» _____ 202__ г.

за период с «__» _____ 202__ г. по «__» _____ 202__ г.

Перечень документов, необходимых для проведения экспертизы:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Ответственное лицо фонда обязательного медицинского страхования/страховой
медицинской организации:

(подпись)

(ФИО (отчество - при наличии))

«__» _____ 202__ г.
(дата)

М.П.