|  |
| --- |
| Приложение 16 |
| к Регламенту информационного взаимодействия на 2026 г. от «20 » января 2026 г. |

Заключение по результатам медико-экономической экспертизы

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 г. № \_\_\_\_\_\_\_

I.Общая часть

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

Основание для проведения внеплановой медико-экономической экспертизы

Специалист-эксперт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Поручение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Срок проведения экспертизы с \_\_.\_\_.\_\_\_\_\_ по \_\_.\_\_.\_\_\_\_\_

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования/территориальный фонд обязательного медицинского страхования

Наименование страховой медицинской организации  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Наименование медицинской организации  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Условия оказания медицинской помощи (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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | № позиции в счете | Профиль оказанной медицинской помощи | № полиса обязательного медицинского страхования | Дата рождения застрахованного лица | № медицинской карты | Диагноз3 (код МКБ4) | Даты оказания медицинской помощи | | Сумма, принятая к оплате, руб. | Код нарушения, дефекта | Описание выявленных нарушений (дефектов) | Отметка о передаче случая на экспертизу качества медицинской помощи | Сумма финансовых санкций, руб. | Сумма неоплаты и (или) уменьшения оплаты, руб. | Сумма штрафа, руб. |
| 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 признаны содержащими нарушения при оказании медицинской помощи \_\_\_\_\_ случаев.

Подлежит неоплате и (или) уменьшению оплаты 0 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)

МП (при наличии)

Руководитель МО « » 202 г.

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

МП (при наличии)