Приложение 1

к Порядку организации

и проведения контроля объемов,

сроков, качества и условий

предоставления медицинской

помощи по обязательному

медицинскому страхованию

Акт медико-экономического контроля [<16>](#P33)

Заголовочная часть:

Номер акта, дата его составления.

Наименование страховой медицинской организации.

Наименование медицинской организации.

Номер реестра счетов, период, за который он предоставлен.

Содержательная часть:

Характеристика реестра оказанной медицинской помощи: число представленных к оплате страховых случаев, суммарная стоимость медицинских услуг, предоставленных к оплате.

Оценка соответствия данных счета на оплату оказанной медицинской помощи реестру счетов.

Оценка соответствия тарифов, указанных в реестре счетов, утвержденным тарифам.

Оценка соответствия видов и профилей оказанной медицинской помощи лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности.

Результаты медико-экономического контроля: число выявленных записей, содержащих сведения о нарушениях при оказании медицинской помощи и их стоимость.

Расшифровка выявленных нарушений при оказании медицинской помощи (в соответствии с [приложением 8](#P116) к настоящему Порядку) с указанием заявленной суммы для оплаты (может представляться в табличном виде).

Сумма, исключаемая из оплаты, по результатам проведенного медико-экономического контроля.

Сумма финансовых санкций за нарушения при оказании медицинской помощи в случае заполнения по данной форме акта по результатам повторного медико-экономического контроля, проведенного территориальным фондом.

Итоговая сумма, принятая к оплате.

Заверительная часть:

Должность, подпись работника, проводившего медико-экономический контроль.

Должность, подпись ответственного лица страховой медицинской организации (территориального фонда), утверждающего акт.

Должность, подпись руководителя медицинской организации, ознакомившегося с актом.

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

<16> По данной форме также заполняется акт по результатам повторного медико-экономического контроля.

Табличная форма акта

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата)

медико-экономического контроля

счета N \_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на оплату оказанной медицинской помощи

в медицинской организации:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование)

Перечень отклоненных позиций к оплате в счете

на оплату оказанной медицинской помощи (реестре счетов)

с разбивкой по:

- коду специалиста медицинской организации

- коду профиля отделения (для медицинской организации,

оказывающей стационарную помощь, - койки)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п в реестре | N полиса обязательного медицинского страхования | Код по МКБ-10 | Дата начала лечения | Дата окончания лечения | Код нарушения | Расшифровка кода нарушения | Сумма неоплаты (руб.) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого по акту на сумму |  |
| в т.ч. по коду: |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Профиль отделения (койки) или специалиста | Предоставлено к оплате | Отказано в оплате | Оплатить |
| кол-во | сумма | кол-во | сумма | кол-во | сумма |
|  |  |  |  |  |  |  |

Итого по счету: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ расшифровка подписи

Руководитель страховой медицинской организации/директор территориального фонда

М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ расшифровка подписи

Должность, подпись руководителя медицинской организации, ознакомившегося с актом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Приказ ФФОМС от 28.02.2019 N 36 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" {КонсультантПлюс}*

Приложение 8

к Порядку организации

и проведения контроля объемов,

сроков, качества и условий

предоставления медицинской

помощи по обязательному

медицинскому страхованию

ПЕРЕЧЕНЬ

ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ОТКАЗА В ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

(УМЕНЬШЕНИЯ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)

|  |  |
| --- | --- |
| Код нарушения/дефекта | Перечень оснований |
| Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц |
| 1.1. | Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе: |
| 1.1.1. | на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования; |
| 1.1.2. | на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации; |
| 1.1.3. | нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения; |
| 1.1.4. | невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания |

 *Приказ ФФОМС от 28.02.2019 N 36 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" {КонсультантПлюс}*