

**Заключение медико-экономической экспертизы ()  
№ ВПФ\_297803\_23607 от 13.12.2021 (Целевая)**

Выполнение порядка проведения медицинских осмотров несовершеннолетних (Приказ МЗ РФ от 10.08.2017 г. № 514н)

1. Дата проведения экспертизы: с 10.12.2021 по 13.12.2021
2. Фамилия, имя, отчество (при наличии) специалиста-эксперта: Рашидова Л. В.
3. Наименование проверяющей организации: Краснодарский филиал АО "Страховая компания "СОГАЗ-Мед"
4. Наименование медицинской организации: ГБУЗ "ДГП г. Краснодара № 5" МЗ КК
5. Номер счета за медицинские услуги: \_\_\_\_\_
6. № полиса обязательного медицинского страхования: \_\_\_\_\_
7. Номер медицинской документации: \_\_\_\_\_
8. Пол застрахованного лица \_\_\_\_\_ Дата рождения застрахованного лица \_\_\_\_\_
9. Окончательный (клинический) диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_
10. Диагноз сопутствующего заболевания: \_\_\_\_\_
11. Сроки оказания медицинской помощи с \_\_\_\_\_ с по \_\_\_\_\_
12. Стоимость оказания медицинской помощи \_\_\_\_\_
13. Длительность оказания медицинской помощи \_\_\_\_\_
14. Фамилия, имя, отчество (при наличии) лечащего врача \_\_\_\_\_
15. Дополнительно проверена следующая учетно-отчетная документация: \_\_\_\_\_
16. Заключение об обоснованности объемов медицинских услуг, предоставленных к оплате, и их соответствии записям в медицинской и учетно-отчетной документации медицинской организации (с указанием краткого перечня выявленных недостатков)
17. Заключение о профильности госпитализации  
Наименование медицинской организации, выдавшей направление на госпитализацию \_\_\_\_\_  
Наименование медицинской организации, госпитализировавшей по направлению в плановом \_\_\_\_\_  
Диагноз при направлении на госпитализацию \_\_\_\_\_  
Профиль отделения и/или медицинской организации, в которую выдано направление \_\_\_\_\_  
Дата госпитализации \_\_\_\_\_  
Выводы о профильности госпитализации \_\_\_\_\_
18. Заключение о наличии в медицинской документации рекомендаций медицинских работников, данных при проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий. Наличие заключения медицинского работника, привлекаемого для проведения консультации и (или) участия в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий или протокола консилиума врачей: да, нет (нужное подчеркнуть)  
Цели консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий: - состояние здоровья пациента, - уточнение диагноза, - определение прогноза, - определение тактики медицинского обследования и лечения, - целесообразность перевода в специализированное отделение медицинской организации либо медицинской эвакуации  
Дата проведения консультации/консилиума с применением телемедицинских технологий \_\_\_\_\_  
Наличие факта отражения рекомендаций в медицинской документации, в том числе в листе назначения: да, нет (нужное подчеркнуть)

19. **ВЫВОДЫ:** При проведении внеплановой целевой тематической медико-экономической экспертизы по поручению ТФ ОМС КК от 01.12.2021 г. №7144 /К-Б/7153 ""О проведении медико-экономической экспертизы медицинской помощи, оказанной гражданам при прохождении профилактических осмотров в ГБУЗ "ДГП №5 г. Краснодара " МЗ КК в 2021 г" за проверяемый период, в указанных случаях, недостатков не выявлено. Медицинские осмотры несовершеннолетних проведены в полном объеме, согласно Приказа МЗ РФ №514н от 10.08.2017.

Не подлежит оплате

Штраф \_\_\_\_\_

Подлежит оплате \_\_\_\_\_

20. Проверяемый период с 01.04.2021 31.08.2021

Срок проведения экспертизы с 10.12.2021 по 13.12.2021

Дата счета: \_\_\_\_\_

№ п/п	№ полиса обязательного медицинского страхования	Вид, № медицинской документации	Даты обращений		Код МКБ	Оплачено за медицинские услуги	Примечания
			начало	конец			
1	2	3	4	5	6	7	8
1			21.06.2021	21.06.2021	L23.8	723,40	
2			16.08.2021	16.08.2021	G93.4	723,40	
3			28.04.2021	28.04.2021	K02.0	3 891,55	
<b>ИТОГО</b>						<b>5 338,35</b>	

ИТОГО:

Всего проверено случаев: 3

21. Специалист-эксперт \_\_\_\_\_ Рашидова Л. В.

Руководитель страховой медицинской организации \_\_\_\_\_ Тарабара Л.А., 13.12.2021

М.П. \_\_\_\_\_ подпись, Ф.И.О., дата подписания

Руководитель медицинской организации: \_\_\_\_\_

М.П. \_\_\_\_\_ подпись, Ф.И.О., дата подписания

Зенкина О. Ю.

20 г.