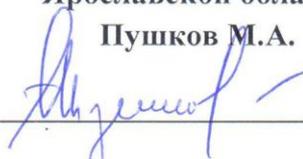


Утверждаю:

Директор ТФОМС  
Ярославской области

Пушков М.А.



---

«25» ноября 2011 г.

## Положение о медико-экономическом контроле

Версия 1.09

Ярославль 2011

# **Положение о медико-экономическом контроле**

Версия 1.09

**Ярославль 2011**

# 1. Содержание

1.	Содержание .....	3
2.	Общие положения .....	8
3.	Изменения к предыдущей версии. ....	9
4.	Состояние оплаты счета. Атрибут «рау».....	10
5.	Определение пациента в базе данных застрахованных. Атрибут «ап_р». ....	12
5.1.	Общие положения: .....	12
5.2.	Перечень проверок: .....	12
5.3.	Описание алгоритмов проверок: .....	15
5.3.1.	«Проверка №1» .....	15
5.3.2.	«Проверка №3» .....	16
5.3.1.	«Проверка №11» .....	16
5.3.3.	«Проверка №12» .....	16
5.3.4.	«Проверка №13» .....	16
5.3.5.	«Проверка №14» .....	16
5.3.6.	«Проверка №15» .....	17
5.3.7.	«Проверка №16» .....	17
5.3.8.	«Проверка №17» .....	17
5.3.9.	«Проверка №21» .....	17
5.3.10.	«Проверка №22» .....	17
5.3.11.	«Проверка №31» .....	18
5.3.12.	«Проверка №32» .....	18
5.3.13.	«Проверка №55» .....	18
6.	Определение действия полиса пациента в базе данных застрахованных на момент оказания услуг. Атрибут «ап_рс» .....	19
6.1.	Общие положения: .....	19
6.2.	Перечень проверок: .....	19
6.3.	Описание алгоритмов проверок: .....	20
6.3.1.	«Проверка №1» .....	20
6.3.2.	«Проверка №2» .....	20
6.3.3.	«Проверка №3» .....	20
6.3.4.	«Проверка №4» .....	21
6.3.5.	«Проверка №12» .....	21
6.3.6.	«Проверка №14» .....	21
7.	Проверка диагнозов, длительностей и результатов лечения по формальным признакам. Атрибут «ап_mes».....	22
7.1.	Общие положения: .....	22
7.2.	Перечень проверок: .....	22
7.3.	Описание алгоритмов проверок: .....	37
7.3.1.	«Проверка №1» .....	37
7.3.2.	«Проверка №2» .....	37

7.3.3.	«Проверка №3»	37
7.3.4.	«Проверка №4»	37
7.3.5.	«Проверка №5»	37
7.3.6.	«Проверка №8»	38
7.3.7.	«Проверка №10»	38
7.3.8.	«Проверка №21»	38
7.3.9.	«Проверка №22»	38
7.3.10.	«Проверка №30»	38
7.3.11.	«Проверка №32»	39
7.3.12.	«Проверка №51»	39
7.3.13.	«Проверка №52»	39
7.3.14.	«Проверка №53»	39
7.3.15.	«Проверка №54»	39
7.3.16.	«Проверка №56»	40
7.3.17.	«Проверка №57»	40
7.3.18.	«Проверка №58»	40
7.3.19.	«Проверка №59»	40
7.3.20.	«Проверка №60»	40
7.3.21.	«Проверка №61»	41
7.3.22.	«Проверка №62»	41
7.3.23.	«Проверка №63»	41
7.3.24.	«Проверка №64»	41
7.3.25.	«Проверка №65»	41
7.3.26.	«Проверка №66»	42
7.3.27.	«Проверка №68»	42
7.3.28.	«Проверка №69»	42
7.3.29.	«Проверка №72»	42
7.3.30.	«Проверка №73»	42
7.3.31.	«Проверка №74»	43
7.3.32.	«Проверка №75»	43
7.3.33.	«Проверка №76»	43
7.3.34.	«Проверка №77»	43
7.3.35.	«Проверка №78»	43
7.3.36.	«Проверка №79»	43
7.3.37.	«Проверка №98»	43
8.	Проверка сумм предъявленных к оплате по персональному счету в целом согласно действующим тарифным соглашениям. Атрибут «an_sum»	45
8.1.	Общие положения:	45
8.2.	Перечень проверок:	45
8.3.	Описание алгоритмов проверок:	53
8.3.1.	«Проверка №1»	53

8.3.2.	«Проверка №3»	54
8.3.3.	«Проверка №5»	54
8.3.4.	«Проверка №6»	54
8.3.5.	«Проверка №7»	54
8.3.6.	«Проверка №8»	54
8.3.7.	«Проверка №9»	55
8.3.8.	«Проверка №10»	55
8.3.9.	«Проверка №11»	55
8.3.10.	«Проверка №12»	55
8.3.11.	«Проверка №13»	55
8.3.12.	«Проверка №14»	56
8.3.13.	«Проверка №16»	56
8.3.14.	«Проверка №17»	56
8.3.15.	«Проверка №18»	56
8.3.16.	«Проверка №19»	56
8.3.17.	«Проверка №20»	56
8.3.18.	«Проверка №21»	57
8.3.19.	«Проверка №22»	57
8.3.20.	«Проверка №23»	57
8.3.21.	«Проверка №24»	57
8.3.22.	«Проверка №25»	57
8.3.23.	«Проверка №27»	57
8.3.24.	«Проверка №28»	58
8.3.25.	«Проверка №29»	58
8.3.26.	«Проверка №30»	58
8.3.27.	«Проверка №31»	58
8.3.28.	«Проверка №32»	58
8.3.29.	«Проверка №33»	58
8.3.30.	«Проверка №34»	59
8.3.31.	«Проверка №35»	59
8.3.32.	«Проверка №36»	59
8.3.33.	«Проверка №37»	59
8.3.34.	«Проверка №38»	59
8.3.35.	«Проверка №39»	60
8.3.36.	«Проверка №40»	60
8.3.37.	«Проверка №41»	60
8.3.38.	«Проверка №42»	60
8.3.39.	«Проверка №43»	60
8.3.40.	«Проверка №44»	60
8.3.41.	«Проверка №45»	61
8.3.42.	«Проверка №46»	61

8.3.43.	«Проверка №47»	61
9.	Проверка сумм одного персонального счета, рассчитанных за оказанные услуги согласно действующим тарифным соглашениям. Атрибут «an_tariff»	62
9.1.	Общие положения:	62
9.2.	Перечень проверок:	62
9.3.	Описание алгоритмов проверок:	69
9.3.1.	«Проверка №1»	69
9.3.2.	«Проверка №2»	69
9.3.3.	«Проверка №3»	70
9.3.4.	«Проверка №5»	70
9.3.5.	«Проверка №6»	70
9.3.6.	«Проверка №7»	70
9.3.7.	«Проверка №8»	70
9.3.8.	«Проверка №10»	70
9.3.9.	«Проверка №11»	71
9.3.10.	«Проверка №12»	71
9.3.11.	«Проверка №13»	71
9.3.12.	«Проверка №14»	72
9.3.13.	«Проверка №15»	72
9.3.14.	«Проверка №16»	72
9.3.15.	«Проверка №17»	72
9.3.16.	«Проверка №18»	72
9.3.17.	«Проверка №19»	72
9.3.18.	«Проверка №20»	73
9.3.19.	«Проверка №21»	73
9.3.20.	«Проверка №22»	73
9.3.21.	«Проверка №23»	73
9.3.22.	«Проверка №24»	74
9.3.23.	«Проверка №25»	74
9.3.24.	«Проверка №26»	74
9.3.25.	«Проверка №27»	74
9.3.26.	«Проверка №28»	74
9.3.27.	«Проверка №29»	75
9.3.28.	«Проверка №30»	75
9.3.29.	«Проверка №31»	75
9.3.30.	«Проверка №32»	75
9.3.31.	«Проверка №33»	75
9.3.32.	«Проверка №34»	76
9.3.33.	«Проверка №35»	76
9.3.34.	«Проверка №36»	76
9.3.35.	«Проверка №37»	76

9.3.36.	«Проверка №38» .....	76
9.3.37.	«Проверка №39» .....	76
9.3.38.	«Проверка №40» .....	77
9.3.39.	«Проверка №41» .....	77
9.3.40.	«Проверка №42» .....	77
9.3.41.	«Проверка №43» .....	77
9.3.42.	«Проверка №44» .....	77
10.	Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) РФ .....	78
11.	Заключение по проверке реестра пролеченных больных .....	124
11.1.	Общие положения.....	124
11.2.	Описание заключения для реестров по всем видам помощи.....	124
11.2.1.	Акт медико-экономического контроля .....	124
11.2.2.	Инструкция по заполнению табличной формы акта. ....	126
11.2.3.	Реестр актов.....	128
11.2.4.	Инструкция по заполнению реестра актов. ....	132

## 2. Общие положения.

В каждый результат анализа независимо от раздела проверок в обязательном порядке добавляется заполнение атрибута «direct» для страховой медицинской организации (далее СМО) он равен «1». Если результат проверки выставлен после проведения контролей ТФ ОМС Ярославской области, то данный атрибут равен «2».

Количество ошибок на один выставленный персональный счет может быть N, даже внутри одного раздела проверок.

Для всех проверок, проводимых вручную, при занесении результата необходимо заполнять следующие атрибуты соответствующих разделов: «код результата» («an\_p», «an\_ps», «an\_mes», «an\_sum», «an\_tariff»), «автор выставления ошибки» («direct»).

### Правила вычисления возраста пациента

#### Для поликлиники, работающей по системе оплаты за посещение:

Возраст вычисляется на дату оказания услуги как разница значений атрибута «date\_1» раздела «services\_p» и атрибута «birthdate» раздела «patients» пациента, если атрибут «dr\_n» раздела «polyclinic» отсутствует, или как разница значений атрибута «date\_1» раздела «services\_p» и атрибута «dr\_n» раздела «polyclinic», если атрибут «dr\_n» раздела «polyclinic» заполнен.

#### Для поликлиники, работающей по законченному случаю:

Возраст вычисляется на дату оказания первой услуги в персональном счете как разница значений атрибута «date\_1» раздела «services\_p» и атрибута «birthdate» раздела «patients» пациента, если атрибут «dr\_n» раздела «polyclinic» отсутствует, или как разница значений атрибута «date\_1» раздела «services\_p» и атрибута «dr\_n» раздела «polyclinic», если атрибут «dr\_n» раздела «polyclinic» заполнен.

#### Для круглосуточного стационара

Возраст вычисляется на момент поступления в стационар как разница значений атрибута «curestart» раздела «hospital» и атрибута «birthdate» раздела «patients» пациента, если атрибут «dr\_n» раздела «hospital» отсутствует, или как разница значений атрибута «curestart» раздела «hospital» и атрибута «dr\_n» раздела «hospital», если атрибут «dr\_n» раздела «hospital» заполнен.

#### Для дневного стационара / стационара на дому

Возраст вычисляется на момент поступления в стационар как разница значений атрибута «curestart» раздела «hospital\_d» и атрибута «birthdate» раздела «patients» пациента.

\* Код ФОМС взят из «Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшение оплаты медицинской помощи) РФ» приложение № 8 Приказа Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

### **3. Изменения к предыдущей версии.**

- В разделе «an\_p» исключены проверки: 33,34,35,37,41,58.
- В разделе «an\_ps» исключены проверки: 5, 6, 13.
- В разделе «an\_ps» изменена формулировка проверки №4.
- В разделе «an\_mes» изменено описание проверки: 3,11,59,74,76.
- В раздел «an\_sum» добавлены следующие проверки: 46,47.
- В разделе «an\_sum» изменены следующие проверки: 11,12.
- В разделе «an\_tariff» изменены формулировки проверок: 11, 13.

#### 4. Состояние оплаты счета. Атрибут «рау»

Код	Результат
1	Счет принят к оплате
2	Счет принят к оплате, но будет проведена экспертиза
3	Счет отложен в оплате до проведения экспертизы
4	Счет не принят к оплате

**«Счет принят к оплате»** может быть выставлен в том случае,  
если an\_p имеет одно из перечисленных значений: 3, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 31, 32  
и an\_ps имеет одно из перечисленных значений: 2, 3  
и an\_sum имеет одно из перечисленных значений: 1, 43, 44, 45, 46, 47 (коды отличные от 1 приводят к частичной оплате счета, в объемах по соответствующей надбавке, превышающих соответствующие финансовые планы)  
и an\_mes имеет одно из перечисленных значений: 1, (79 – только для СМО)

**«Счет принят к оплате, но будет проведена экспертиза»** может быть выставлен в том случае,  
если an\_p имеет одно из перечисленных значений: 3, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 31, 32  
и an\_ps имеет одно из перечисленных значений: 2, 3  
и an\_sum имеет одно из перечисленных значений: 1, 43, 44, 45, 46, 47.  
и an\_mes имеет одно из перечисленных значений: 53, 54, 57, 60, 2, 3, 4, 9, 10, 11, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 5, 72 (только для СМО)

**«Счет отложен в оплате до проведения экспертизы»** может быть выставлен в том случае,  
если an\_p имеет одно из перечисленных значений: 3, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 31, 32  
и an\_ps имеет одно из перечисленных значений: 2, 3  
и an\_sum имеет одно из перечисленных значений: 1, 43, 44, 45, 46, 47.  
и an\_mes имеет одно из перечисленных значений: 53, 54, 57, 60, 2, 3, 4, 9, 10, 11, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 5, 72 (только для применения ТФ ОМС)

**«Счет не принят к оплате»** может быть выставлен в том случае,  
если an\_p имеет одно из перечисленных значений: 1, 55.  
или an\_ps имеет одно из перечисленных значений: 1, 4, 12, 14.  
или an\_sum имеет одно из перечисленных значений: 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42.  
или an\_mes имеет одно из перечисленных значений: 8, 21, 22, 30, 32, 35, 51, 52, 55, 56, 58, 59, 98, 68, 69, 64, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, (79 – только для ТФ ОМС).

Если, исходя из выставленных замечаний (независимо от автора выставления), для атрибута «рау» существует несколько значений, то необходимо выбрать среди них наибольшее.

## 5. Определение пациента в базе данных застрахованных. Атрибут «an\_p».

### 5.1. Общие положения:

Данный блок проверок запускается первым.

Часть проверок, описанных в данном разделе, являются автоматическими и не требуют вмешательства специалистов СМО в принятие решений, но есть проверки, решение по которым возможно принять только путем экспертного решения и выставлением соответствующего статуса вручную.

Счет на основании выставленных в «an\_p» проверок может принимать несколько статусов. Статусы счета с возможными кодами результатов проверки по «an\_p» описаны выше.

### 5.2. Перечень проверок:

Код ТФ ОМС	Код ФОМС	Результат	Автоматическая обработка	Условия при выставлении описанного кода
1	5.1.4.01	В едином регистре застрахованных лиц пациент не найден	Да	Выставляется в случае, если по проверкам, проведенным в обязательном порядке - №11, №12, №13, №14, №15, №16, №17, №21, №22, №31, №32 пациент не идентифицирован.
3	6.01	Информация о пациенте достаточна и корректна (для застрахованных вне Ярославской области).	Да	Применяется ТФ ОМС; выставляется, если идентификация пациента прошла успешно по совпадению: фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортным данным, претензий к адресной части пациента нет.
11	6.02	Найден по совокупности атрибутов: Паспорт, дата рождения, полные Ф.И.О. (для застрахованных на территории Ярославской области).	Да	Запускается, если при первичной проверке №3 пациент не был найден. Но по поиску в базе данных СМО по типу документа, серии документа, номеру документа, дате рождения, фамилии, имени, отчеству, полу пациент однозначно идентифицирован.

12	6.03	Найден по совокупности атрибутов: Паспорт, дата рождения, фамилия, инициалы (для застрахованных на территории Ярославской области).	Да	Запускается, если при первичных проверках №3, №11 пациент не был найден. Но по поиску в базе данных СМО по типу документа, серии документа, номеру документа, дате рождения, фамилии, первой букве имени, первой букве отчества пациент однозначно идентифицирован.
13	6.04	Найден по совокупности атрибутов: Паспорт, полные Ф.И.О. (для застрахованных на территории Ярославской области).	Да	Запускается, если при первичных проверках №3, №11, №12 пациент не был найден. Но по поиску в базе данных СМО по типу документа, серии документа, номеру документа, фамилии, имени, отчеству пациент однозначно идентифицирован.
14	6.05	Найден по совокупности атрибутов: Паспорт, фамилия, инициалы (для застрахованных на территории Ярославской области).	Да	Запускается, если при первичных проверках №3, №11, №12, №13 пациент не был найден. Но по поиску в базе данных СМО по типу документа, серии документа, номеру документа, фамилии, первой букве имени, первой букве отчества пациент однозначно идентифицирован.
15	6.06	Найден по совокупности атрибутов: Паспорт, инициалы (для застрахованных на территории Ярославской области).	Да	Запускается, если при первичных проверках №3, №11, №12, №13, №14 пациент не был найден. Но по поиску в базе данных СМО по типу документа, серии документа, номеру документа, первой букве фамилии, первой букве имени, первой букве отчества пациент однозначно идентифицирован.

16	6.07	Найден по совокупности атрибутов: Паспорт, 4 первых буквы фамилии (для застрахованных на территории Ярославской области).	Да	Запускается, если при первичных проверках №3, №11, №12, №13, №14, №15 пациент не был найден. Но по поиску в базе данных СМО по типу документа, серии документа, номеру документа, 4-м первым буквам фамилии пациент однозначно идентифицирован.
17	6.08	Найден по совокупности атрибутов: Номер паспорта, фамилия, инициалы (для застрахованных на территории Ярославской области).	Да	Запускается, если при первичных проверках №3, №11, №12, №13, №14, №15, №16 пациент не был найден. Но по поиску в базе данных СМО по типу документа, номеру документа, фамилии, первой букве имени, первой букве отчества пациент однозначно идентифицирован.
21	6.09	Найден по совокупности атрибутов: Дата рождения, полные Ф.И.О. (для застрахованных на территории Ярославской области).	Да	Запускается, если при первичных проверках №3, №11, №12, №13, №14, №15, №16, №17 пациент не был найден. Но по поиску в базе данных СМО по дате рождения, фамилии, имени, отчеству пациент однозначно идентифицирован.
22	6.10	Найден по совокупности атрибутов: Дата рождения, Фамилия, Инициалы (для застрахованных на территории Ярославской области).	Да	Запускается, если при первичных проверках №3, №11, №12, №13, №14, №15, №16, №17, №21 пациент не был найден. Но по поиску в базе данных СМО по дате рождения, фамилии, первой букве имени, первой букве отчества пациент однозначно идентифицирован.

31	6.11	Найден по совокупности атрибутов: Полные Ф.И.О. (для застрахованных на территории Ярославской области).	Да	Запускается, если при первичных проверках №3, №11, №12, №13, №14, №15, №16, №17, №21, №22 пациент не был найден. Но по поиску в базе данных СМО по фамилии, имени, отчеству пациент однозначно идентифицирован.
32	6.12	Найден по совокупности атрибутов: Фамилия, Инициалы (для застрахованных на территории Ярославской области).	Да	Запускается, если при первичных проверках №3, №11, №12, №13, №14, №15, №16, №17, №21, №22, №31 пациент не был найден. Но по поиску в базе данных СМО по фамилии, первой букве имени, первой букве отчества пациент однозначно идентифицирован.
55	5.2.2.03	Некорректные данные по документу, удостоверяющему личность	Да	Серия или номер документа удостоверяющего личность не удовлетворяют шаблону для данного типа документа согласно справочнику типов документов (Для применения ТФ ОМС при обработке требований на оплату помощи гражданам, застрахованным вне территории Ярославской области)

Очередность запуска автоматических проверок по «an\_p»:

№3 - №11- №12 - №13 - № 14 - №15 - №16 - №17 - №21 - №22 - №31 - №32 - №55 - №1

### 5.3.Описание алгоритмов проверок:

#### 5.3.1. «Проверка №1».

Проверка не запускается, если в разделе «an\_p» уже есть заполненный атрибут «an\_p» с одним из перечисленных значений: 3, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 31, 32, проверки выставленные вручную.

Перечень проверяемых типов услуг: все типы, т.к. проверяется общий для всех типов раздел «patients».

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_p: «an\_p», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **5.3.2. «Проверка №3».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_p» уже есть заполненный атрибут «an\_p» с одним из перечисленных значений: нет.

Перечень проверяемых типов услуг: все типы, т.к. проверяется общий для всех типов раздел «patients».

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_p: «an\_p», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **5.3.1. «Проверка №11».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_p» уже есть заполненный атрибут «an\_p» с одним из перечисленных значений: 3.

Перечень проверяемых типов услуг: все типы, т.к. проверяется общий для всех типов раздел «patients».

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_p: «an\_p», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **5.3.3. «Проверка №12».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_p» уже есть заполненный атрибут «an\_p» с одним из перечисленных значений: 3, 11.

Перечень проверяемых типов услуг: все типы, т.к. проверяется общий для всех типов раздел «patients».

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_p: «an\_p», «direct», «name», «patronymic», «sex», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **5.3.4. «Проверка №13».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_p» уже есть заполненный атрибут «an\_p» с одним из перечисленных значений: 3, 11, 12.

Перечень проверяемых типов услуг: все типы, т.к. проверяется общий для всех типов раздел «patients».

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_p: «an\_p», «direct», «birthdate», «sex» по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **5.3.5. «Проверка №14».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_p» уже есть заполненный атрибут «an\_p» с одним из перечисленных значений: 3, 11, 12, 13.

Перечень проверяемых типов услуг: все типы, т.к. проверяется общий для всех типов раздел «patients».

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_p: «an\_p», «direct», «name», «patronymic», «birthdate», «sex», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **5.3.6. «Проверка №15».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_p» уже есть заполненный атрибут «an\_p» с одним из перечисленных значений: 3, 11, 12, 13, 14.

Перечень проверяемых типов услуг: все типы, т.к. проверяется общий для всех типов раздел «patients».

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_p: «an\_p», «direct», «surname», «name», «patronymic», «birthdate», «sex», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **5.3.7. «Проверка №16».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_p» уже есть заполненный атрибут «an\_p» с одним из перечисленных значений: 3, 11, 12, 13, 14, 15.

Перечень проверяемых типов услуг: все типы, т.к. проверяется общий для всех типов раздел «patients».

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_p: «an\_p», «direct», «surname», «name», «patronymic», «birthdate», «sex», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **5.3.8. «Проверка №17».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_p» уже есть заполненный атрибут «an\_p» с одним из перечисленных значений: 3, 11, 12, 13, 14, 15, 16.

Перечень проверяемых типов услуг: все типы, т.к. проверяется общий для всех типов раздел «patients».

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_p: «an\_p», «direct», «docser», «name», «patronymic», «birthdate», «sex», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **5.3.9. «Проверка №21».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_p» уже есть заполненный атрибут «an\_p» с одним из перечисленных значений: 3, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17.

Перечень проверяемых типов услуг: все типы, т.к. проверяется общий для всех типов раздел «patients».

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_p: «an\_p», «direct», «doctype», «docser», «docnum», «sex», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **5.3.10. «Проверка №22».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_p» уже есть заполненный атрибут «an\_p» с одним из перечисленных значений: 3, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21.

Перечень проверяемых типов услуг: все типы, т.к. проверяется общий для всех типов раздел «patients».

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_p: «an\_p», «direct», «doctype», «docser», «docnum», «name», «patronymic», «sex», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **5.3.11. «Проверка №31».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_p» уже есть заполненный атрибут «an\_p» с одним из перечисленных значений: 3, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22.

Перечень проверяемых типов услуг: все типы, т.к. проверяется общий для всех типов раздел «patients».

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_p: «an\_p», «direct», «doctype», «docser», «docnum», «birthdate», «sex», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **5.3.12. «Проверка №32».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_p» уже есть заполненный атрибут «an\_p» с одним из перечисленных значений: 3, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 31.

Перечень проверяемых типов услуг: все типы, т.к. проверяется общий для всех типов раздел «patients».

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_p: «an\_p», «direct», «doctype», «docser», «docnum», «name», «patronymic», «birthdate», «sex», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **5.3.13. «Проверка №55».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_p» уже есть заполненный атрибут «an\_p» с одним из перечисленных значений: нет.

Перечень проверяемых типов услуг: все типы, т.к. проверяется общий для всех типов раздел «patients».

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_p: «an\_p», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

## 6. Определение действия полиса пациента в базе данных застрахованных на момент оказания услуг. Атрибут «an\_ps».

### 6.1. Общие положения:

Данный блок проверок может быть запущен, только после отработки блока проверок «an\_p».

Часть проверок, описанных в данном разделе, являются автоматическими и не требуют вмешательства специалистов СМО в принятие решений, но есть проверки, которые возможно принять только путем экспертного решения и выставлением соответствующего статуса вручную.

Счет, на основании выставленных в «an\_ps» проверок, может принимать несколько статусов. Статусы счета с возможными кодами результатов проверки по «an\_ps» описаны выше.

### 6.2. Перечень проверок:

Код ТФ ОМС	Код ФОМС	Результат	Автоматическая обработка	Условия при выставлении описанного кода
1	6.14	Проверки не проводились	Да	Персональный счет не подвергался проверкам по «an_ps», ввиду невозможности определения пациента в БД застрахованных.
2	6.15	Полис, предъявленный к оплате медицинской организацией, действителен на момент лечения	Да	Полис, по данным СМО удовлетворил следующим условиям проверки: дата окончания действия полиса $\geq$ дате начала оказания услуг; дата начала действия полиса $\leq$ дате окончания оказания услуг.
3	6.16	Полис, предъявленный к оплате, не действовал на момент лечения, но по ФИО, д.р. и серии, номеру документа найден действующий полис ОМС на момент лечения	Да	Выставляется, если при первичной проверке №2 полис пациента в указанные сроки лечения не действовал. Но по фамилии, имени, отчеству пациента, дате его рождения, по типу документа, серии документа, номеру документа в базе данных СМО однозначно идентифицирован и найден полис ОМС действующий в данные сроки оказания медицинских услуг предъявленных к оплате. Под данными сроками понимается действие полиса: дата окончания действия полиса $\geq$ дате начала оказания услуг; дата начала действия полиса $\leq$ дате окончания оказания услуг.

4	5.2.4.01	На указанный период пациент <b>в данной СМО</b> не застрахован.	Да	<b>Выставляется, если данный пациент на указанный период лечения в данной СМО не застрахован. При наличии информации в Территориальном регистре, СМО обязано проинформировать в какой СМО данный пациент застрахован.</b>
12	5.2.3.01	Не является иногородним (застрахован в Ярославской области)	Да	Выставляется ТФ ОМС, исходя из проверки по своей базе данных застрахованных и нахождения его в этой БД. ТФ ОМС прописывает серию и номер полиса ОМС ЯО.
14	5.2.2.06	Отсутствие дат действия полиса (только для застрахованных вне территории Ярославской области)	Да	Не заполнены дата начала или дата окончания действия полиса.

Очередность запуска автоматических проверок по «an\_ps»:

№1- №12 - №2 - №3 - №4 - №14

### 6.3. Описание алгоритмов проверок:

#### 6.3.1. «Проверка №1».

Проверка не запускается, если в разделе «an\_ps» уже есть заполненный атрибут «an\_ps» с одним из перечисленных значений:

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Проверяются все значения атрибута «an\_p» раздела «an\_p» данного персонального счета.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_ps: «an\_ps», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

#### 6.3.2. «Проверка №2».

Проверка не запускается, если в разделе «an\_ps» уже есть заполненный атрибут «an\_ps» с одним из перечисленных значений: 1.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_ps: «an\_ps», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

#### 6.3.3. «Проверка №3».

Проверка не запускается, если в разделе «an\_ps» уже есть заполненный атрибут «an\_ps» с одним из перечисленных значений: 1, 2.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_ps: «an\_ps», «direct», «polisser», «polisnum», «begin\_date», «end\_date», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

#### **6.3.4. «Проверка №4».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_ps» уже есть заполненный атрибут «an\_ps» с одним из перечисленных значений: 1, 2, 3, 5, 6.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_ps: «an\_ps», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

#### **6.3.5. «Проверка №12».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_ps» уже есть заполненный атрибут «an\_ps» с одним из перечисленных значений: 1.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_ps: «an\_ps», «direct», «polisser», «polisnum», «begin\_date», «end\_date», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

#### **6.3.6. «Проверка №14».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_ps» уже есть заполненный атрибут «an\_ps» с одним из перечисленных значений: 1.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_ps: «an\_ps», «direct», желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

## 7. Проверка диагнозов, длительностей и результатов лечения по формальным признакам. Атрибут «an\_mes».

### 7.1. Общие положения:

Данный блок проверок может быть запущен, только после отработки блока проверок «an\_r».

Часть проверок, описанных в данном разделе, являются автоматическими и не требуют вмешательства специалистов СМО в принятии решений, но есть проверки, которые возможно принять только путем экспертного решения и выставлением соответствующего статуса вручную.

Счет, на основании выставленных в «an\_mes» проверок, может принимать несколько статусов. Статусы счета с возможными кодами результатов проверки по «an\_mes» описаны выше.

### 7.2. Перечень проверок:

Правила, описанные в столбце “Оплата ТФ ОМС” применяются ТФ ОМС при приеме счетов-реестров за иногородних граждан.

Код ТФ ОМС	Код ФОМС	Результат	Для диагнозов	Оплата		Экспертиза	Автоматическая обработка	Условия при выставлении описанного кода
				СМО	ТФ ОМС			
1	6.17	Нет замечаний.	Для всех	Да	Да	Нет	Да	Выставляется после проведения всего блока проверок
2	3.3.1.01	Превышены сроки лечения на 50% от стандарта.	Для всех	Да	Нет	Да	Да	Сроки пребывания пациента в стационаре превышены на 50% от стандарта (стандарт = 100%).
3	3.4.01	Соответствующий МЭС результат лечения не достигнут.	Основной	Да	Нет	Да	Нет	Выполняется на основании экспертных результатов лечения, установленных в СМО

4	3.2.5.01	Летальный исход в стационаре. Соответствующий МЭС результат лечения не достигнут	Основной	Да	Нет	Да	Да	Поле «Result» имеет значение в стационарном счете «5»
5	3.3.1.02	Превышены сроки лечения по случаю лечения, и медицинская организация претендует на полное возмещение	Для всех	Да	Нет	Да	Да	Персональные счета поданы в файле с признаком «expert», равным «1»
8	5.1.4.12	Диагноз не соответствует возрасту пациента	Основной	Нет	Нет	Нет	Да	Выполняется на основании экспертных возрастов пациента по диагнозам, установленных в СМО
9	3.11.01	Осложнения, связанные с медицинским вмешательством	Для всех	Да	Нет	Да	Нет	Выставляется экспертом вручную при проверке реестров счетов

10	3.5.01	Повторная госпитализация в течение квартала по поводу одного и того же заболевания	Основной	Да	Нет	Да	Да	Дата выписки по более раннему счету минус дата поступления по более позднему счету при совпадении 3-х символов в МКБ – X (вне зависимости от медицинской организации) меньше 90 дней. Исключения: диагнозы – C00-C97, D00-D89; O00 -99 (при экстренной госпитализации); Z51.0-Z51.2 в круглосуточном и дневном стационарах. Пациенты младше 2 лет 11 мес. 29 дней при экстренной госпитализации независимо от профиля оказанной медицинской помощи.
11	Любой пункт разделов 1, 2, 3, перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи	Направление на вневедомственную экспертизу по иным причинам	Для всех	Да	Нет	Да	Нет	Причины могут быть любые.
21	5.1.4.13	В МКБ – X нет указанной рубрики (подрубрики) диагноза	Для всех	Нет	Нет	Нет	Да	Код диагноза из 3 или 5 символов в справочнике МКБ - X не найден

22	5.1.4.14	В диагнозе не указана подрубрика	Основной	Нет	Нет	Нет	Да	Не выставлен 5 символ по МКБ - X при наличии таких значений в справочнике.
30	5.1.4.15	Диагноз не соответствует полу пациента	Для всех	Нет	Нет	Нет	Да	Выполняется в соответствии с разделом «Рубрики, касающиеся только одного пола» справочника МКБ - X пересмотра
32	5.3.1.01	Диагноз не входит в программу ОМС Ярославской области (для данной медицинской организации) по амбулаторно-поликлинической помощи	Основной	Нет	Нет	Нет	Да	Код диагноза не подлежит оплате по ОМС, согласно информационному письму от 17.05.2011г. № 1770 и письму от <b>26.08.2011г. № 3579</b> . Справочник диагнозов, не оплачиваемых в ОМС, каждая СМО ведет сама (согласно информационным письмам ТФ ОМС ЯО)
35	5.1.4.16	Заявленный диагноз не соответствует указанной услуге.	Основной	Нет	Нет	Нет	Нет	Заявленный диагноз не соответствует указанной услуге

51	5.1.4.17	Дата оказания дополнительного пособия (операции, реанимации) выставлена за пределами сроков госпитализации	--	Нет	Нет	Нет	Да	Дата выписки из стационара меньше даты начала операции или даты выписки из реанимации или дата поступления в стационар больше даты начала операции или даты поступления в реанимацию. Исключение составляет реанимационное пособие, оказанное неонатологом, дата окончания услуги может быть больше даты выписки из стационара, при этом выписка пациента произошла из акушерского отделения
52	5.4.1.01	Выставленный к оплате код МКБ - X в соответствующей КСГ не входит в перечень разрешенных диагнозов данного КСГ.	--	Нет	Нет	Нет	Да	Диагноз, указанный при КСГ («mkb» раздела «transfers» либо «polyclinic») не входит согласно действующему тарифному соглашению в данную КСГ, указанную в «ksg того же раздела.

53	3.3.1.03	Дополнительная услуга совершена в день выписки	--	Да	Нет	Да	Да	Дата выписки из стационара равна дате начала операции или дате выписки из реанимации. Исключение составляют: результат лечения в дневном или круглосуточном стационаре равен «5» или «7»; в персональном счете предъявлена к оплате одна из КСГ: 124104420, 124104480, 424104480, 424106000.
54	3.8.01	КСГ по заболеванию не соответствует коду профиля оказанной медицинской помощи (при плановой госпитализации и в круглосуточный и дневной стационар)	--	Да	Нет	Да	Да	Не соответствие профиля КСГ (2,3 символы) профилю оказанной медицинской помощи согласно Приложение 20 Тарифного соглашения «Соответствие кода оказанной медицинской услуги коду специальности лечащего врача» при плановой госпитализации в круглосуточный и дневной стационар (при обязательном предоставлении акта ведомственной экспертизы качества).

55	5.4.1.02	КСГ диагноза не предполагает оперативных пособий	--	Нет	Нет	Нет	Нет	В счете присутствует КСГ за оперативное пособие, а КСГ диагноза строго без оперативных пособий
56	5.4.2.01	КСГ диагноза предполагает оперативное пособие	--	Нет	Нет	Нет	Да	В счете отсутствует КСГ за оперативное пособие, а КСГ диагноза строго с оперативным пособием
57	3.4.02	КСГ диагноза имеет минимально допустимую длительность законченного случая и в этом же персональном счете выставлена КСГ реанимации	--	Да	Нет	Да	Да	КСГ диагноза имеет длительность 80% от стандарта лечения и в этом же персональном счете выставлено КСГ реанимации
58	5.4.2.02	Предъявленна я КСГ предполагает наличие диагноза осложнения	--	Нет	Нет	Нет	Да	В счете присутствует КСГ с наличием диагноза осложнения, а персональный счет не содержит информации о диагнозе осложнении

59	5.7.3.01	Частые первичные посещения (только для поликлиники)	Для основного	Нет	Нет	Нет	Да	Если промежуток между датами выставления первичных посещений в рамках одной медицинской организации по одной и той же услуге (проверка по 1,2,3,4,6 символам), коду специальности врача и диагнозу по МКБ – X, совпадающему по 3-м символам, меньше или равен 6 календарным дням (исключения: стоматология, <b>доврачебная медицинская помощь по специальности стоматология</b> и случаи с услугой профилактическое посещение).
60	3.3.1.04	Частые посещения на дому (только для поликлиники)	Для основного	Да	Нет	Да	Да	Если для одной медицинской организации по одной специальности врача за 15 календарных дней выставлено 4 и более услуги на дому с диагнозами по МКБ – X, совпадающими по первым 3-м символам. Диагнозы исключения: C00-D49, I60-I64, I69. Проверка не распространяется на пациентов младше 2 лет 11 мес. 29 дней.

61	3.4.03	Повторная услуга в реанимации за период лечения		Да	Нет	Да	Да	Более одного реанимационного пособия за период лечения
62	3.3.1.05	Превышение сроков реанимационного пособия более чем на 30%	--	Да	Нет	Да	Да	Превышение сроков нахождения больного в реанимации более чем на 30% от верхней границы выставленного синдрома
63	3.3.1.06	Перевод больного на дневной стационар при сроке лечения равном 80% длительности КСГ	--	Да	Нет	Да	Да	Дата начала лечения в дневном стационаре в течение 3 дней после окончания лечения в круглосуточном стационаре (срок лечения = 80% длительности КСГ)
64	5.1.4.18	Летальный исход в поликлинике	Основной	Нет	Нет	Нет	Да	Поле «Result» имеет значение в поликлиническом счете «11»
65	3.4.04	Короткие сроки госпитализации и при законченном случае лечения	--	Да	Нет	Да	Да	Сроки пребывания пациента в стационаре меньше 50% от стандарта установленного Тарифным соглашением (стандарт = 100%)
66	3.3.1.07	Более 3-х оперативных пособий за период лечения	--	Да	Нет	Да	Да	В персональном счете 3 и более оперативных пособий (за исключением офтальмологических и оториноларингологических операций, а также за исключением КСГ: 113102450, 113102460, 113102470)

67	3.9.01	Количество посещений к врачу не соответствует выставленному диагнозу	Основной	Да	Нет	Да	Нет	
68	5.7.2.01	Более одного первичного посещения в одном персональном счете по одной специальности и в одной медицинской организации	--	Нет	Нет	Нет	Да	В одном персональном счете по одной специальности более одной первичной услуги для одной медицинской организации
69	5.4.2.03	Отсутствует диагноз направившего учреждения	--	Нет	Нет	Нет	Да	Отсутствие диагноза с типом 9-«диагноз при поступлении» при заполненном элементе «direction»
70	5.4.2.04	Отсутствие акта экспертного контроля от медицинской организации	--	Нет	Нет	Нет	Нет	Отсутствие акта экспертного контроля по случаям с: превышением сроков лечения со 100 % возмещением и применению не профильного КСГ для данного случая

71	5.4.2.05	Отсутствие обоснования в акте экспертного контроля от медицинской организации	--	Нет	Нет	Нет	Нет	Отсутствие обоснования в представленном акте экспертного контроля от медицинской организации по случаям с: превышением сроков лечение со 100 % возмещением и применению не профильного КСГ для данного случая
72	3.8.02	КСГ по заболеванию не соответствует коду профиля оказанной медицинской помощи (при экстренной госпитализации и в круглосуточный стационар)	--	Да	Нет	Да	Да	Не соответствие профиля КСГ (2,3 символы) профилю оказанной медицинской помощи согласно приложение 20 Тарифного соглашения «Соответствие кода оказанной медицинской услуги коду специальности лечащего врача» при экстренной госпитализации в круглосуточный стационар (при обязательном предоставлении акта ведомственной экспертизы качества).
73	5.4.2.06	Отсутствие первичного посещения к ведущему (основному) врачу в законченном случае лечения в поликлинике.	---	Нет	Нет	Нет	Да	В персональном счете по законченному случаю лечения в поликлинике отсутствует первичное посещение к ведущему (основному) врачу.

74	5.4.2.07	Повторный законченный случай лечения в поликлинике по поводу одного и того же заболевания в течение 14 календарных дней.	---	Нет	Нет	Нет	Да	Между датой окончания одного МЭСа и датой начала другого МЭСа, при условии совпадения 3-х символов диагнозов по МКБ – X, вне зависимости от медицинской организации, прошло менее 14 календарных дней. Исключение: острые респираторные заболевания (J00, J01.1-J01.4, J01.8, J01.9, J02.0, J02.8, J02.9, J03.9, J04.0, J04.2, J06.9, J11.1, J38.6, J39.9 - менее 7 календарных дней), <b>лечение у сурдолога-отоларинголога и сурдолога – протезиста (H90.0, H90.1, H90.3, H90.4, H90.6, H90.7, H91.1).</b>
----	----------	--	-----	-----	-----	-----	----	--

75	5.4.2.08	Несоответствие диагноза по МКБ-Х коду оказанной стоматологической услуги.	---	Нет	Нет	Нет	Да	При выставлении диагноза по МКБ-Х Z01.2 могут применяться только коды услуг: 60101, 60201. Коды услуг: 60110, 60209, 60210, 60502, 60503, 61304, 61305, 61306, 61316 могут использоваться как с Z01.2 так и с другими диагнозами по поводу, которых произошло обращение.
76	5.4.2.09	Несоответствие кода специальности и медработника коду оказанной стоматологической услуги.	---	Нет	Нет	Нет	Да	Простые стоматологические услуги 60112 или 60212 могут использоваться специалистами с кодом специальности- 3102,3103,3104,3105, 3107. Врач-педиатр (код специальности 3042) не может быть использован для кода услуги 40682 и/или 40684 при проведении комплексного обследования в Центре здоровья для детей. <b>Врач – терапевт (код специальности 3070) не может быть использован для кодов услуг 41705, 41706, 40682, 40684 при проведении комплексного обследования в Центре здоровья для взрослых.</b>

77	5.5.1.01	Несоответствие кода стоматологической услуги и медицинской организации, в которой она была оказана.	---	Нет	Нет	Нет	Да	<p>Пункт неотложной стоматологической помощи расположенный в МУЗ КБ СМП им. Н.В. Соловьева при оказании стоматологической помощи может использовать только следующие коды простых стоматологических услуг:</p> <p>на взрослом приеме – 60112,60114, 60126, 60127, 60301, 60302, 60303, 60446, 60601, 60602, 60603, 60604, 60605,60608,60609, 60610, 60611, 60612, 60622, 60626, 60627, 60628, 60630, 60631,60641, 60642, 60647, 60658, 61206, 61207;</p> <p>на детском приеме – 60210, 60211, 60562, 60594, 60595, 60701, 60702, 60703,60704, 60705, 60709, 60710, 60711, 60712, 60722, 60726, 60727, 60728, 60730, 60731, 60741, 60742, 60744, 60759, 61313, 61314, 62201, 62202, 62203</p>
----	----------	---	-----	-----	-----	-----	----	--

78	5.4.2.10	В персональном счете указаны не все услуги входящие в первичное посещение (комплексное обследование) в Центре здоровья	---	Нет	Нет	Нет	Да	В персональном счете должны быть перечислены все обязательные к выполнению медицинские услуги (частота предоставления = 1), входящие в состав комплексного медицинского обследования при онкологических заболеваниях, на сурдологическом приеме и в Центрах здоровья.
79	5.7.2.02	Пересечение персональных счетов по времени лечения в амбулаторно – поликлинических условиях по одной и той же специальности (включая родственные)	---	Да	Нет	Нет	Да	Пересечение персональных счетов по дате начала (наименьшая дата оказания услуги) и окончания лечения (наибольшая дата оказания услуги) в амбулаторно – поликлинических условиях по всем специальностям, предъявленным в персональном счете (включая родственные).
98	6.04	Проверки не запускались	Для всех	Нет	Нет	Нет	Да	Персональный счет не подвергался проверкам по «an_mes», ввиду отсутствия пациента в базе данных

Очередность запуска автоматических проверок по «an\_mes»:

№98 - №21 - №22 - №30 - №32 - №51 - №52 - №53 - №54 - №72 - №56 - №57 - №58 - №68 - №59 - №60 - №4 - №64 - №3 - №65 - №8 - №61 - №62 - №63 - №66 - №69 - №5 - №2 - №10 - №73 - №74 - №75 - №76 - №77 - №78 - №79 - проверки выставленные вручную - №1

## **7.3. Описание алгоритмов проверок:**

### **7.3.1. «Проверка №1».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 21, 22, 30, 32, 35, 37, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 98.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг

Проверяются все значения атрибута «an\_mes» раздела «an\_mes» данного персонального счета.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.2. «Проверка №2».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98, 21, 22, 30, 5.

Перечень проверяемых типов услуг: круглосуточный стационар (законченный случай).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.3. «Проверка №3».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98, 4, 21, 22, 30.

Перечень проверяемых типов услуг: стационар всех типов.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.4. «Проверка №4».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98.

Перечень проверяемых типов услуг: стационар всех типов.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.5. «Проверка №5».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98, 21, 22, 30, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 4, 64, 3, 6, 65, 8, 61, 62, 63, 66, 69.

Перечень проверяемых типов услуг: круглосуточный стационар (законченный случай).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

#### **7.3.6. «Проверка №8».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

#### **7.3.7. «Проверка №10».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98.

Перечень проверяемых типов услуг: стационар всех типов.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», «provcode», «provname», «n\_pp», «curestart», «cureend», «doctor», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

#### **7.3.8. «Проверка №21».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98.

Перечень проверяемых типов услуг: стационар всех типов.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

#### **7.3.9. «Проверка №22».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98, 21.

Перечень проверяемых типов услуг: все типы услуг.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

#### **7.3.10. «Проверка №30».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98, 21, 22.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.11. «Проверка №32».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 98, 8.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника (услуги).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.12. «Проверка №51».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98.

Перечень проверяемых типов услуг: стационар всех типов (законченный случай).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», «ksg», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.13. «Проверка №52».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника (законченный случай), стационар всех типов (законченный случай).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.14. «Проверка №53».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98.

Перечень проверяемых типов услуг: стационар всех типов (законченный случай).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.15. «Проверка №54».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98.

Перечень проверяемых типов услуг: стационар всех типов (законченный случай).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.16. «Проверка №56».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98.

Перечень проверяемых типов услуг: стационар всех типов (законченный случай).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.17. «Проверка №57».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98.

Перечень проверяемых типов услуг: круглосуточный стационар (законченный случай).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.18. «Проверка №58».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98.

Перечень проверяемых типов услуг: стационар всех типов (законченный случай).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.19. «Проверка №59».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 68, 98.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника (любая система оплаты).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes для обеих услуг: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.20. «Проверка №60».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 68, 98.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника (любая система оплаты).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.21. «Проверка №61».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98.

Перечень проверяемых типов услуг: круглосуточный стационар (законченный случай).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.22. «Проверка №62».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98.

Перечень проверяемых типов услуг: круглосуточный стационар (законченный случай).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.23. «Проверка №63».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98.

Перечень проверяемых типов услуг: стационары всех типов (любой системы оплаты).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment». При проверке только в текущем периоде данные атрибуты заполняются для обоих персональных счетов, при проверке с предыдущими периодами заполняются атрибуты только для персонального счета текущего периода.

### **7.3.24. «Проверка №64».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника (любой системы оплаты).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.25. «Проверка №65».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98,4.

Перечень проверяемых типов услуг: стационар всех типов (законченный случай).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.26. «Проверка №66».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98.

Перечень проверяемых типов услуг: круглосуточный стационар (законченный случай).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.27. «Проверка №68».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника (любая система оплаты).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.28. «Проверка №69».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98.

Перечень проверяемых типов услуг: стационар всех типов, поликлиника.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.29. «Проверка №72».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98.

Перечень проверяемых типов услуг: круглосуточный стационар (законченный случай).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.30. «Проверка №73».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника (законченный случай).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.31. «Проверка №74».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника (законченный случай).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.32. «Проверка №75».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника (законченный случай).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.33. «Проверка №76».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.34. «Проверка №77».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.35. «Проверка №78».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.36. «Проверка №79».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **7.3.37. «Проверка №98».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений:

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Проверяются все значения атрибута «an\_p» раздела «an\_p» данного персонального счета.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_mes: «an\_mes», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

## 8. Проверка сумм предъявленных к оплате по персональному счету в целом согласно действующим тарифным соглашениям. Атрибут «an\_sum».

### 8.1. Общие положения:

Данный блок проверок может быть запущен, только после отработки блока проверок «an\_tariff».

Часть проверок, описанных в данном разделе, являются автоматическими и не требуют вмешательства специалистов СМО в принятии решений, но есть проверки, которые возможно принять только путем экспертного решения и выставлением соответствующего статуса вручную.

Счет считается корректным и подлежит оплате по данному виду проверок, только если в разделе «an\_sum» присутствует только одна запись с кодом «1». Во всех остальных случаях данная услуга не подлежит оплате.

### 8.2. Перечень проверок:

Код ТФ ОМС	Код ФОМС	Результат	Автоматическая проверка	Условия при выставлении описанного кода
1	6.18	Нет замечаний	Да	Выставляется в случае, если по проверкам, проведенным в обязательном порядке - №2, №3, №4, №5, №6, №7 нет замечаний.
3	5.7.1.01	Повторное выставление счета	Да	Данный персональный счет принят к оплате в других реестрах данной медицинской организации (в этом же или предыдущих периодах) другой СМО. Оплата производится согласно действующего «Положения о контроле страхового поля».
5	5.7.6.01	Пересечение выставленных услуг в разных персональных счетах в пределах Ярославской области	Да	Если поданы к оплате счета, где дата окончания услуги по более раннему счету больше даты начала оказания услуги, указанной в более позднем счете, то оплате подлежит более поздний счет. Для круглосуточного, дневного стационаров и стационара на дому.
6	Первый дефект, описанный в an_tariff, не	Ошибка описана в an_tariff	Да	Выставляется только на основании ошибок выставленных в «an_tariff», кроме значения в «an_tariff» равное «17» .

	печатается в акте медико- экономиче- ского контроля			
7	5.4.1.03	Персональный счет не соответствует типу реестра персональных счетов по видам медицинской помощи	Да	Если реестр выставлен по поликлинике, в нем не должно содержаться услуг по дневному и круглосуточному стационарам. Если реестр выставлен по круглосуточному стационару, в нем не должно содержаться услуг по дневному стационару и поликлинике. Если реестр выставлен по дневному стационару, в нем не должно содержаться услуг по круглосуточному стационару и поликлинике.
8	6.19	Проверки не запускались	Да	Выставляется только на основании ошибки выставленной в «an_tariff» со значением «17».
9	5.4.1.04	Одинаковые КСГ по заболеваниям	Да	2-а КСГ по заболеваниям в одном персональном счете одинаковые
10	5.1.5.01	Неверно количество услуг в КСГ	Да	При выставлении 2-х КСГ в одном персональном счете неверно распределено между ними количество койко-дней, которые влияют на стоимость лечения
11	5.3.2.01	Превышение муниципального заказа	Да	Медицинская организация превысила муниципальный заказ по койко-дням в круглосуточном стационаре, по пациенто-дням в дневном стационаре и / или стационаре на дому. Медицинская организация превысила количество оперативных пособий выполняемых с установкой или заменой ИОЛ (основание приказ Департамента здравоохранения и фармации Ярославской области от 22.07.2011 № 930). <b>Данная проверка не распространяется при обработке ТФ ОМС</b>

				<b>требований на оплату помощи гражданам, застрахованным вне территории Ярославской области).</b>
12	5.3.2.05	Превышение финансового плана по стационарной помощи в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий	Да	Выставляется при отказе персонального счета от оплаты из-за превышения медицинской организацией финансового плана по стационарной помощи, оказанной в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий. <b>Данная проверка не распространяется при обработке ТФ ОМС требований на оплату помощи гражданам, застрахованным вне территории Ярославской области).</b>
13	5.1.6.01	Превышен максимальный срок представления персонального счета к оплате	Да	Выставляется для основного реестра, если персональный счет сдан позднее 3 месяцев; для дополнительного реестра, если персональный счет сдан позднее 6 месяцев. Одновременно не могут быть сданы в СМО основной и дополнительный реестры по одному виду помощи. При выставлении ранее отказанных счетов тип реестра должен быть «дополнительный». При первичном выставлении услуг в другом периоде, они должны войти в текущий «основной» реестр.
14	5.1.5.02	Сумма, предъявленная к оплате не равна сумме всех персональных счетов по реестру	Да	Сумма, указанная в «amountl» не равна сумме значений атрибута «suml» всех персональных счетов данного реестра
15	5.3.3.01	Оплата страхового случая произведена по другому источнику финансирования	Нет	Страховой случай по данным фонда социального страхования признан подлежащим оплате по линии ФСС
16	5.4.1.05	Персональный счет не соответствует типу реестра персональных счетов	Да	Данный персональный счет был предъявлен к оплате ранее в реестрах данной медицинской организации (в этом же или предыдущих периодах), поэтому он не может быть предъявлен в

				основном реестре
17	5.1.5.03	Некорректная сумма по персональному счету по полю «Предъявлено медицинской организацией всего»	Да	Сумма персонального счета не соответствует сумме всех услуг, входящих в персональный счет.
18	5.1.5.04	Некорректная сумма по персональному счету по полю «Предъявлено медицинской организацией всего»	Да	Сумма персонального счета не соответствует сумме частей тарифов.
19	5.1.5.05	Некорректная сумма по персональному счету по полю «Предъявлено медицинской организацией по базовому тарифу»	Да	Сумма, указанная в поле «Предъявлено медицинской организацией по базовому тарифу» персонального счета не соответствует сумме значений поля «Предъявлено медицинской организацией по базовому тарифу» всех услуг, входящих в персональный счет.
20	5.1.5.06	Некорректная сумма по персональному счету по полю «Предъявлено медицинской организацией за коммунальные платежи»	Да	Сумма, указанная в поле «Предъявлено медицинской организацией за коммунальные платежи» персонального счета не соответствует сумме значений поля «Предъявлено медицинской организацией за коммунальные платежи» всех услуг, входящих в персональный счет.
21	5.1.5.07	Некорректная сумма по персональному счету по полю «Предъявлено МО к оплате по программе модернизации в части дополнительного финансирования из средств ФФОМС»	Да	Сумма, указанная в поле «Предъявлено МО к оплате по программе модернизации в части дополнительного финансирования из средств ФФОМС» персонального счета не соответствует сумме значений поля «МО к оплате по программе модернизации в части дополнительного финансирования из средств ФФОМС» всех услуг, входящих в персональный счет.
22	5.1.5.08	Некорректная сумма по персональному счету по полю «Предъявлено МО к оплате по программе модернизации в части дополнительного	Да	Сумма, указанная в поле «Предъявлено МО к оплате по программе модернизации в части дополнительного финансирования из средств ТФОМС» персонального счета

		финансирования из средств ТФОМС»		не соответствует сумме значений поля «Предъявлено МО к оплате по программе модернизации в части дополнительного финансирования из средств ТФОМС».
23	5.3.2.02	Отсутствие муниципального заказа	Да	Выставляется при отказе персонального счета от оплаты по причине отсутствия у медицинской организации муниципального заказа на предъявленный к оплате вид медицинской помощи
24	5.4.2.11	В персональном счете из Центра здоровья содержатся услуги, не оказанные в Центре здоровья.	Да	Персональный счет из Центра здоровья должен содержать медицинские услуги, оказанные только в Центре здоровья.
25	5.7.3.02	Динамическое наблюдение выполнено в период проведения комплексного обследования	Да	Динамическое наблюдение выполнено в день окончания комплексного обследования
26	5.4.2.12	Отсутствует первое комплексное обследование	Да	Динамическое наблюдение возможно только после проведения первого комплексного обследования.
27	5.1.3.05	Направление содержит неполную информацию.	Да	При наличии направления не заполнен один из обязательных атрибутов: дата или направившее учреждение.
28	5.1.1.02	Атрибуты реестра персональных счетов не уникальны	Да	Файл с атрибутами (год, тип реестра, вид помощи, месяц, номер электронного реестра (требования) в отчетном периоде) был предъявлен к оплате ранее.
29	5.1.5.09	Некорректна сумма реестра персональных счетов в поле «Сумма реестра персональных счетов предъявленных к оплате»	Да	Сумма, указанная в «amountl» не равна сумме значений атрибутов «amountl_1», «amountl_2», «amountl_3», «amountl_4».
30	5.1.5.10	Некорректна сумма, предъявленная медицинской организацией по	Да	Сумма, указанная в «amountl_1» не равна сумме значений атрибута «suml_1» всех персональных счетов данного

		базовому тарифу в реестре персональных счетов		реестра.
31	5.1.5.11	Некорректна сумма, предъявленная медицинской организацией по коммунальным платежам в реестре персональных счетов	Да	Сумма, указанная в «amountl_2» не равна сумме значений атрибута «suml_2» всех персональных счетов данного реестра.
32	5.1.5.12	Некорректна сумма, предъявленная медицинской организацией по лекарственной составляющей в реестре персональных счетов	Да	Сумма, указанная в «amountl_3» не равна сумме значений атрибута «suml_3» всех персональных счетов данного реестра.
33	5.1.5.13	Некорректна сумма, предъявленная медицинской организацией по резервному полю в реестре персональных счетов	Да	Сумма, указанная в «amountl_4» не равна сумме значений атрибута «suml_4» всех персональных счетов данного реестра.
34	5.3.2.03	Отсутствие в государственном (муниципальном) задании медицинской услуги по данному профилю (специальности).	Да	Медицинская услуга по данному профилю (специальности) для медицинской организации в государственном (муниципальном) задании не заказана.
35	5.3.2.04	Выставленная к оплате медицинская услуга не может применяться медицинской организацией	Да	Данная медицинская организация: - не входит в перечень медицинских организаций, работающих по «законченному случаю лечения» в поликлинике согласно Приложению 3 Тарифного соглашения; - не входит в перечень медицинских организаций, работающих в рамках одноканального финансирования (согласно Приложению 18 Тарифного соглашения); - не входит в перечень медицинских организаций,

				<p>проводящих диспансеризацию 14-летних подростков (согласно Региональной программе модернизации на 2011-2012 г. и совместному Приказу Департамента здравоохранения Ярославской области и ТФ ОМС ЯО № 830/108 от 01.07.2011г.)</p> <p>- не может выставлять комплексные обследования при онкологических заболеваниях и прием врач на сурдологическом приеме согласно Приложению 3 Тарифного соглашения.</p> <p>Указанный медицинский работник не может оказывать доврачебную медицинскую помощь (согласно сведениям, предоставленным медицинскими организациями в ТФ ОМС).</p>
36	5.7.1.04	Повторное выставление счета в ту же СМО	Да	<p>Данный персональный счет принят к оплате в других реестрах данной медицинской организации (в этом же или предыдущих периодах) этой же СМО. Оплата производится согласно действующего «Положения о контроле страхового поля».</p>
37	5.7.6.02	Пересечение выставленных услуг в разных персональных счетах в пределах медицинских организаций Ярославской области для застрахованного в одной СМО	Да	<p>Если поданы к оплате счета, где дата окончания услуги по более раннему счету больше даты начала оказания услуги, указанной в более позднем счете, то оплате подлежит более поздний счет.</p> <p>Для круглосуточного, дневного стационаров и стационара на дому.</p>
38	5.1.5.18	Некорректная сумма по персональному счету по полю «Предъявлено МО к оплате резервное поле 1».	Да	<p>Сумма, указанная в поле «Предъявлено МО к оплате резервное поле 1» персонального счета не соответствует сумме значений поля «Предъявлено МО к оплате резервное поле 1» всех услуг, входящих в персональный счет.</p>
39	5.1.5.19	Некорректная сумма по персональному счету по	Да	<p>Сумма, указанная в поле «Предъявлено МО к оплате</p>

		полю «Предъявлено МО к оплате резервное поле 2».		резервное поле 2» персонального счета не соответствует сумме значений поля «Предъявлено МО к оплате резервное поле 2» всех услуг, входящих в персональный счет.
40	5.1.5.20	Некорректная сумма по персональному счету по полю «Предъявлено МО к оплате резервное поле 3».	Да	Сумма, указанная в поле «Предъявлено МО к оплате резервное поле 3» персонального счета не соответствует сумме значений поля «Предъявлено МО к оплате резервное поле 3» всех услуг, входящих в персональный счет.
41	5.1.5.21	В персональном счете отсутствуют комплексные или простые медицинские услуги.	Да	В персональном счете, выставленном на оплату, за счет средств ФФ ОМС, в рамках исполнения стандартов медицинской помощи, не предъявлено ни одной простой или комплексной медицинской услуги (для случаев лечения начатых с 01.08.2011г.).
42	5.7.6.03	Пересечение выставленных услуг в разных персональных счетах в пределах одной медицинской организации.	Да	Если поданы к оплате счета, где дата окончания услуги по более раннему счету больше даты начала оказания услуги, указанной в более позднем счете в пределах одной медицинской организации, независимо от вида оказанной медицинской помощи, то от оплаты отклоняются оба счета.
43	5.3.2.06	Превышение финансового плана по амбулаторно-поликлинической помощи в рамках программы модернизации (доплата из средств ФФОМС)	Да	Выставляется при отказе персонального счета от оплаты из-за превышения медицинской организацией финансового плана по амбулаторно-поликлинической помощи в части доплаты из средств ФФОМС, в рамках реализации региональной программы модернизации.
44	5.3.2.07	Превышение финансового плана по стационарной помощи в рамках программы модернизации (доплата из средств ФФОМС)	Да	Выставляется при отказе персонального счета от оплаты из-за превышения медицинской организацией финансового плана по стационарной помощи в части доплаты из средств

				ФФОМС, в рамках реализации региональной программы модернизации
45	5.3.2.08	Превышение финансового плана по стационарной помощи в рамках программы модернизации (доплата из средств ТФОМС)	Да	Выставляется при отказе персонального счета от оплаты из-за превышения медицинской организацией финансового плана по стационарной помощи в части доплаты из средств ТФОМС, в рамках реализации региональной программы модернизации.
46	5.3.2.09	Превышение финансового плана по амбулаторно-поликлинической помощи в рамках программы модернизации (доплата ТФОМС)	Да	Выставляется при отказе персонального счета от оплаты из-за превышения медицинской организацией финансового плана по амбулаторно-поликлинической помощи в части доплаты из средств ТФОМС, в рамках реализации региональной программы модернизации.
47	5.3.2.10	Превышение финансового плана по амбулаторно-поликлинической помощи в рамках программы Диспансеризации 14-летних подростков (доплата ФФОМС)	Да	Выставляется при отказе персонального счета от оплаты из-за превышения медицинской организацией финансового плана по амбулаторно-поликлинической помощи в части доплаты из средств ФФОМС, в рамках реализации региональной программы модернизации.

Очередность запуска проверок по «an\_sum»:

№8 – №6 – №7 - №28 – №3 – №5 -№36 – №37 - №42 - №16 – №9 – №10 – №13 – №14 - №29 - №30 - №31- №32 - №33 –№23 - №34 - №11- №12 - №43 - №44 - №45 - №46 - №47 - №17 - №18 - №19 - №20 - №21 - №22 - №38 - №39 - №40 - №24 - №25 - №27 - №35- №41– проверки выставленные вручную – №1

### 8.3.Описание алгоритмов проверок:

#### 8.3.1. «Проверка №1».

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35,36,37,38,39,40, 41, 42.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Проверяются все значения атрибута «an\_sum» раздела «an\_sum» данного персонального счета.

Обязательно заполняются следующие атрибуты: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

### **8.3.2. «Проверка №3».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 7, 8

Перечень проверяемых типов услуг: стационар всех типов.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum одного из персональных счетов: «an\_sum», «direct», «date\_1», «n\_pp», «curestart», «cureend», «doctor», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **8.3.3. «Проверка №5».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 3, 6, 7, 8.

Перечень проверяемых типов услуг: стационар всех типов.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum обоих персональных счетов: «an\_sum», «direct», «provcode», «provname», «date\_1», «n\_pp», «curestart», «cureend», «doctor», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **8.3.4. «Проверка №6».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: нет ограничений.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **8.3.5. «Проверка №7».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 8.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment» всем записям находящимся в данных разделах.

### **8.3.6. «Проверка №8».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: нет

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Проверяются все значения атрибута «an\_p» раздела «an\_p» данного персонального счета.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **8.3.7. «Проверка №9».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 8.

Перечень проверяемых типов услуг: круглосуточный стационар (законченный случай).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

### **8.3.8. «Проверка №10».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 8, 9.

Перечень проверяемых типов услуг: круглосуточный стационар (законченный случай).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

### **8.3.9. «Проверка №11».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 8, 23.

Перечень проверяемых типов услуг: стационар всех типов (любая система оплаты)

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

### **8.3.10. «Проверка №12».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 8.

Перечень проверяемых типов услуг: стационар круглосуточный.

Если превышен финансовый план по проверяемому виду помощи

то обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

### **8.3.11. «Проверка №13».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: нет ограничений.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

### **8.3.12. «Проверка №14».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: нет ограничений.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

### **8.3.13. «Проверка №16».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 7, 8, 3, 5.

Перечень проверяемых типов услуг: стационар всех типов.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum счета текущего периода: «an\_sum», «direct», «date\_1», «n\_pp», «curestart», «cureend», «doctor», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **8.3.14. «Проверка №17».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: нет ограничений.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

### **8.3.15. «Проверка №18».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: нет ограничений.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

### **8.3.16. «Проверка №19».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: нет ограничений.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

### **8.3.17. «Проверка №20».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: нет ограничений.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

#### **8.3.18. «Проверка №21».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: нет ограничений.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

#### **8.3.19. «Проверка №22».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: нет ограничений.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

#### **8.3.20. «Проверка №23».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 8.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника (любая система оплаты), дневной стационар, круглосуточный стационар.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

#### **8.3.21. «Проверка №24».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 8.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

#### **8.3.22. «Проверка №25».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 8.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

#### **8.3.23. «Проверка №27».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 8.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

#### **8.3.24. «Проверка №28».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 8.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды помощи.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

#### **8.3.25. «Проверка №29».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: нет ограничений.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

#### **8.3.26. «Проверка №30».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: нет ограничений.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

#### **8.3.27. «Проверка №31».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: нет ограничений.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

#### **8.3.28. «Проверка №32».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: нет ограничений.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

#### **8.3.29. «Проверка №33».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: нет ограничений.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

#### **8.3.30. «Проверка №34».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 8, 23.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды помощи.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

#### **8.3.31. «Проверка №35».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 8.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

#### **8.3.32. «Проверка №36».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 3

Перечень проверяемых типов услуг: стационар всех типов.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum одного из персональных счетов: «an\_sum», «direct», «date\_1», «n\_pp», «curestart», «cureend», «doctor», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

#### **8.3.33. «Проверка №37».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 5

Перечень проверяемых типов услуг: стационар всех типов.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum одного из персональных счетов: «an\_sum», «direct», «date\_1», «n\_pp», «curestart», «cureend», «doctor», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

#### **8.3.34. «Проверка №38».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: нет ограничений.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

### **8.3.35. «Проверка №39».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: нет ограничений.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

### **8.3.36. «Проверка №40».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: нет ограничений.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

### **8.3.37. «Проверка №41».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: нет ограничений.

Перечень проверяемых типов услуг: круглосуточный стационар.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

### **8.3.38. «Проверка №42».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 37

Перечень проверяемых типов услуг: стационар всех типов.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum одного из персональных счетов: «an\_sum», «direct», «date\_1», «n\_pp», «curestart», «cureend», «doctor», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **8.3.39. «Проверка №43».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 8.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника.

Если превышен финансовый план по проверяемому виду помощи

то обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

### **8.3.40. «Проверка №44».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 8.

Перечень проверяемых типов услуг: стационар всех типов (законченный случай).

Если превышен финансовый план по проверяемому виду помощи

то обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

#### **8.3.41. «Проверка №45».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 8.

Перечень проверяемых типов услуг: стационар всех типов (законченный случай).

Если превышен финансовый план по проверяемому виду помощи

то обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

#### **8.3.42. «Проверка №46».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 8.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника.

Если превышен финансовый план по проверяемому виду помощи

то обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

#### **8.3.43. «Проверка №47».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 8.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника.

Если превышен финансовый план по проверяемому виду помощи

то обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_sum: «an\_sum», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

## 9. Проверка сумм одного персонального счета, рассчитанных за оказанные услуги согласно действующим тарифным соглашениям. Атрибут «an\_tariff».

### 9.1. Общие положения:

Данный блок проверок может быть запущен, только после отработки блока проверок «an\_p».

Все проверки, описанные в данном разделе, являются автоматическими и не требуют вмешательства специалистов СМО в принятии решений.

Счет считается корректным и подлежит оплате по данному виду проверок, только если в разделе «an\_tariff» присутствует только одна запись с кодом «1». Во всех остальных случаях данная услуга не подлежит оплате.

### 9.2. Перечень проверок:

Код ТФ ОМС	Код ФОМС	Результат	Условия при выставлении описанного кода
1	6.20	Нет замечаний.	Выставляется в случае, если по проверкам, проведенным в обязательном порядке нет замечаний.
2	5.4.1.06	Несуществующий код услуги	Код услуги не найден в электронном файле тарифного соглашения. Исключение поликлиническая услуга «000-00» при наличии заполненного номера направления и тарифа равного «0.0».
3	5.4.2.13	Тариф услуги не соответствует действующему тарифному соглашению	Заявленный в счете тариф не соответствует действующему тарифному соглашению, в т.ч. по всем видам доплат. Исключение поликлиническая услуга «000-00» при наличии заполненного номера направления и тарифа равного «0.0».
5	5.1.5.14	Некорректно указано количество услуг.	Количество выставленных услуг не соответствует кратности услуги (по амбулаторно-поликлинической помощи) или длительности лечения (по круглосуточному стационару, дневному стационару, стационару на дому).
6	5.5.1.02	Медицинская услуга, предъявленная к оплате, не лицензирована	Проверяется в соответствии с лицензиями медицинской организации.

7	5.3.1.02	Несуществующий код специальности медработника	Код специальности не найден в справочнике должностей
8	5.4.2.14	Специальность медработника не может быть использована для данного вида, профиля медицинской помощи	Код специальности найден в справочнике должностей, но соответствующий признак разрешения к заполнению = 0
10	5.7.5.01	При лечении в круглосуточном стационаре одной медицинской организации была оказана амбулаторная услуга в другой медицинской организации при отсутствии направления.	При лечении в круглосуточном стационаре одной медицинской организации пациенту оказана амбулаторно-поликлиническая услуга в другой медицинской организации при отсутствии направления (Исключения: день поступления и день выписки из круглосуточного стационара, амбулаторно-поликлинических услуг по гемодиализу).
11	5.7.2.03	Дублирование услуги в реестре, в разных персональных счетах	Код специальности, дата оказания услуги имеется в реестре данной медицинской организации более одного раза в персональных счетах с разным порядковым номером в требовании (исключение: услуги, стоимость которых равна нулю, амбулаторно-поликлинические услуги по гемодиализу, где осложнением выставлен один из диагнозов: E87.5, G93.6, I50.1, N19 (наличие диагноза осложнения обязательно при проведении двух и более гемодиализов в один день).
12	5.7.1.02	Услуга принята к оплате ранее	СМО указывает в ответе номер счета в файле, по которому оплата прошла ранее (исключение: услуги, стоимость которых равна нулю).

13	5.7.2.04	Дублирование услуги в реестре, в одном персональном счете	Код специальности, дата оказания (начала оказания) услуги имеется в данном реестре более одного раза в одном персональном счете, включая оперативные и реанимационные пособия (исключение: амбулаторно-поликлинические услуги по гемодиализу, где осложнением выставлен один из диагнозов: E87.5, G93.6, I50.1, N19 (наличие диагноза осложнения обязательно при проведении двух и более гемодиализов в один день).
14	5.4.2.15	Несоответствие услуги, вида посещения и повода посещения	Код услуги проверяется с видом посещения и поводом посещения
15	5.4.2.16	Некорректно выставленная услуга	Код КСГ дети, взрослые (4-ый символ) не соответствует Приложению 20 действующего тарифного соглашения. Возрастная группа не разрешена к осмотру у данной специальности врача амбулаторно-поликлинического звена согласно Приложения №20 в системе ОМС.
16	5.4.2.17	Услуга не соответствует возрасту пациента	Не совпал 4-ый символ КСГ (за исключением отсутствия детского или взрослого, для лиц 15-17 лет 11 месяцев 29 дней, КСГ соответствующего профиля) или 5 символ услуги тарифного соглашения по койко-дню или посещению и возраст пациента. Лицо, указанное в персональном счете, выставленном на оплату МО, по диспансеризации 14-летних подростков, не является родившимся в 1997году.
17	6.21	Проверки не запускались	Персональный счет не подвергался проверкам по «an_tariff», ввиду невозможности определения возраста пациента

18	5.4.2.18	Несоответствие диагноза КСГ диагнозу карты	Диагноз, указанный в переводе для КСГ не отражен в диагнозах карты (исключение составляет: при предъявлении 2-х КСГ в одном персональном счете профиль «Патология беременности» не проверяется)
19	5.4.2.19	Несоответствие профилей при подаче 2-х КСГ по заболеваниям	Для круглосуточного стационара: если в одном персональном счете предъявлено 2 КСГ на оплату, но профили не 2 или 31 Для дневного стационара / стационара на дому: если в одном персональном счете предъявлено 2 КСГ на оплату
20	5.4.2.20	Несоответствие кода специальности врача профилю услуги по видам помощи	Код специальности врача не соответствует коду профиля оказанной медицинской помощи по Приложению 20 тарифного соглашения (для круглосуточного и дневного стационаров, стационара на дому - всех типов оплаты); код специальности врача не соответствует 2,3,4 символам оказанной медицинской помощи по Приложению 20 тарифного соглашения (для поликлиники оплата за посещение). Для поликлинических услуг «000-00» проверка не запускается.
21	5.7.5.02	Услуга, оказанная на дому, при лечении в круглосуточном стационаре	На дату оказания услуги на дому пациент находился на стационарном лечении по любой специальности (за исключением дня поступления в стационар и дня выписки из стационара для любого возраста).
22	5.7.3.03	Услуга «Неотложная помощь» и посещение на дому в один день	В один день пациенту оказаны услуги на дому и «Неотложная помощь»

23	5.7.2.05	Более одного первичного посещения в центр здоровья в отчетном году	Не соответствует приказу Минздравсоцразвития РФ от 19 августа 2009г. №597н «Об организации деятельности Центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая, сокращение потребления алкоголя и табака» и приказу Минздравсоцразвития РФ от 8 июня 2010г. №430н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009г. «Об организации деятельности Центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая, сокращение потребления алкоголя и табака».
24	5.7.5.03	Амбулаторная услуга при лечении в дневном стационаре	На дату оказания амбулаторно-поликлинической услуги пациент находился на лечении в дневном стационаре по той же или родственной специальности (за исключением дня поступления и выписки из дневного стационара / стационара на дому).
25	5.7.5.04	Услуга, оказанная на дому, при лечении в дневном стационаре	На дату оказания услуги на дому пациент находился на лечении в дневном стационаре по любой специальности (за исключением дня поступления в стационар и неотложной помощи).
26	5.4.2.21	Сумма единиц сложности стоматологических услуг некорректна	Сумма УЕТ стоматологических манипуляций, согласно классификатору, не равна количеству единиц сложности предъявленных в посещении к оплате
27	5.3.3.02	Аналогичная услуга была оплачена по дополнительной диспансеризации	Аналогичная услуга по данному специалисту выставилась и была оплачена по дополнительной диспансеризации

28	5.3.3.03	Аналогичная услуга была оплачена по дополнительной диспансеризации детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации	Аналогичная услуга по данному специалисту выставлялась и была оплачена по дополнительной диспансеризации детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации
29	5.7.2.06	Дублирование услуги в реестрах персональных счетов разных медицинских организаций	Код специальности, код услуги (проверяется по первым пяти символам), дата оказания услуги имеется в реестре другой медицинской организации (при отсутствии направления).
30	5.1.4.19	Некорректное оформление переводов в персональных счетах	Дата поступления проверяемого перевода равна дате выписки из предыдущего перевода (для круглосуточного стационара). Дата поступления проверяемого перевода равна дате выписки плюс «1» из предыдущего перевода (для дневного стационара).
31	5.4.2.22	Данное оперативное пособие не разрешено для данного вида помощи	У оперативного пособия нет разрешения к использованию в предъявленном виде помощи.
32	5.4.2.23	Предъявленная услуга не соответствует типу реестра	Предъявленная услуга была заявлена к оплате в предыдущих реестрах, поэтому она должна была быть подана в дополнительном реестре.
33	5.1.5.15	Коэффициент доплаты для резервного поля применен не верно	Коэффициент доплаты для вычисления суммы по резервному полю не соответствует утвержденному ТФ ОМС ЯО коэффициенту для данной медицинской организации
34	5.4.2.24	Коэффициенты доплаты использованы в дополнительных реестрах	Доплаты по одноканальному финансированию не могут быть использованы в дополнительных реестрах (основание Приложение 14 Тарифного соглашения)
35	5.1.5.16	Некорректная сумма по услуге по полю «Предъявлено медицинской организацией всего»	Сумма услуги не соответствует сумме частей тарифов.

36	5.1.4.20	Некорректная дата оказания услуги	Дата оказания услуги раньше даты рождения пациента или позже даты смерти пациента. Дата оказания выставленной к оплате услуги позднее даты окончания отчетного периода.
37	5.1.4.21	Некорректно выставлена дата первичного посещения к ведущему (основному) врачу в ЗСЛ.	Дата выставления первичного посещения больше даты повторного посещения ведущего (основного) врача в персональном счёте по ЗСЛ в поликлинике.
38	5.4.2.25	Некорректное применение тарифа за консультацию входящую в МЭС по ЗСЛ в поликлинике.	Тариф за консультации входящие в МЭС по ЗСЛ в поликлинике в одном персональном счёте, не соответствует порядку расчёта и применения тарифов по амбулаторно – поликлинической помощи, согласно п. 2.4 Приложения 13 Тарифного соглашения.
39	5.4.2.26	Некорректное применение тарифа за консультацию не входящую в МЭС по ЗСЛ в поликлинике.	Тариф за консультации не входящие в МЭС по ЗСЛ в поликлинике в одном персональном счёте, не соответствует порядку расчёта и применения тарифов по амбулаторно – поликлинической помощи, согласно п. 2.5 Приложения 13 Тарифного соглашения.
40	5.7.1.03	Повторное выставление консультации специалиста по одному и тому же профилю в пределах одного МЭСа.	Тариф за повторную консультацию врача– специалиста в пределах одного МЭСа, не соответствует порядку расчёта и применения тарифов по амбулаторно – поликлинической помощи, согласно п. 2.8 приложения 13 Тарифного соглашения.
41	5.1.4.22	Некорректно выставлена дата консультации специалиста входящего в МЭС.	Дата выставления консультации специалиста входящего в МЭС меньше даты первичного посещения ведущего (основного) врача в персональном счёте по ЗСЛ в поликлинике.

42	5.1.5.17	Некорректно выставлена стоимость оказанной услуги по базовому тарифу (только для поликлиники)	Базовый тариф не равен произведению тарифа и кратности оказанной услуги.
43	5.1.4.23	Некорректно указана медицинская организация выдавшее направление.	Указанная в направлении медицинская организация не является тем лечебным учреждением, с которым произошло пересечение выставленных к оплате услуг.
44	5.5.2.01	Медицинская организация не работает в системе ОМС	На момент оказания медицинской услуги медицинская организация не работает в системе ОМС.

Очередность запуска проверок по «an\_tariff»:

№17 – №2 – №7 – №8 – №6 - №44 – №30 - №5 – №3 – №13 – №11 – №12 - №32 – №10 – №29 – №24 – №21 – №25 – №14 – №20 - №15 – №16 – №18 – №19 – №22 – №23 – №26 - №27 - №28 - №31 - №33 - №34 - №42 - №35 - №36 - №37 - №38 - №39 - №40 - №41- №43 - №1

### 9.3.Описание алгоритмов проверок:

#### 9.3.1. «Проверка №1».

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 7, 8, 6, 5, 3, 13, 11, 12, 10, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Проверяются все значения атрибута «an\_tariff» раздела «an\_tariff» данного персонального счета.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

#### 9.3.2. «Проверка №2».

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются два атрибута раздела an\_tariff: «an\_tariff» и «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.3. «Проверка №3».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 5.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются два атрибута раздела an\_tariff: «an\_tariff» и «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.4. «Проверка №5».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 30.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника (услуги), стационар всех типов.

Обязательно заполняются два атрибута раздела an\_tariff: «an\_tariff» и «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.5. «Проверка №6».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника (услуги), стационар всех типов.

Обязательно заполняются два атрибута раздела an\_tariff: «an\_tariff» и «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.6. «Проверка №7».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются два атрибута раздела an\_tariff: «an\_tariff» и «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.7. «Проверка №8».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 7.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются два атрибута раздела an\_tariff: «an\_tariff» и «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.8. «Проверка №10».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 12.

Перечень проверяемых типов услуг: посещения в поликлинике.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», «date», «provcode», «provname», «doctor», «curestart», «cureend», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.9. «Проверка №11».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 6.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Для поликлиники:

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», «n\_pp», «doctor», «spec», «date\_1», «service», «servcount», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

Для стационара (круглосуточного, дневного, на дому)

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», «n\_pp», «curestart», «cureend», «doctor», «spec», «date\_1», «ksg», «count\_d», «prof\_oms», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.10. «Проверка №12».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 6.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Для поликлиники:

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», «date», «provcode», «provname», «n\_pp», «doctor», «spec», «date\_1», «service», «servcount», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

Для стационара (круглосуточного, дневного, на дому)

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», «date», «provcode», «provname», «n\_pp», «curestart», «cureend», «doctor», «spec», «date\_1», «ksg», «count\_d», «prof\_oms», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.11. «Проверка №13».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 6.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника (услуги), стационар всех.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.12. «Проверка №14».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 6, 12.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника (услуги).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.13. «Проверка №15».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 6, 12, 20.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника (услуги), стационар всех типов.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.14. «Проверка №16».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 6, 12, 15, 20.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.15. «Проверка №17».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: нет.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.16. «Проверка №18».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 12, 13, 17.

Перечень проверяемых типов услуг: стационар (всех типов) (законченный случай).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.17. «Проверка №19».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 12, 13, 17.

Перечень проверяемых типов услуг: стационар любого типа (законченный случай).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.18. «Проверка №20».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 6, 12.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.19. «Проверка №21».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 12.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника (посещения на дому).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», «date», «provcode», «provname», «doctor», «spec», «date\_1», «ksg» «count\_d», «prof\_oms», «curestart», «cureend», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.20. «Проверка №22».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 6.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника (услуги).

– *При проверке только в текущем отчетном периоде*

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff обоих персональных счетов: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

– *При проверке с предыдущими периодами*

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff обоих персональных счетов: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.21. «Проверка №23».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

#### **9.3.22. «Проверка №24».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 12.

Перечень проверяемых типов услуг: посещения в поликлинике.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», «date», «provcode», «provname», «doctor», «spec», «date\_1», «ksg» «count\_d», «prof\_oms», «curestart», «cureend», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

#### **9.3.23. «Проверка №25».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 12.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника (посещения на дому).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», «date», «provcode», «provname», «doctor», «spec», «date\_1», «ksg» «count\_d», «prof\_oms», «curestart», «cureend», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

#### **9.3.24. «Проверка №26».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника (стоматологические услуги).

Обязательно заполняются три атрибута раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», «servcount», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

#### **9.3.25. «Проверка №27».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника (любой системы оплаты).

Обязательно заполняются три атрибута раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

#### **9.3.26. «Проверка №28».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника (любой системы оплаты).

Обязательно заполняются три атрибута раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.27. «Проверка №29».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 6, 11.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника (услуги).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», «provcode», «provname», «n\_pp», «doctor», «spec», «date\_1», «service», «servcount», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.28. «Проверка №30».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17.

Перечень проверяемых типов услуг: стационар всех типов (законченный случай).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.29. «Проверка №31».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 3, 8, 13.

Перечень проверяемых типов услуг: стационар всех типов (законченный случай).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.30. «Проверка №32».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 6, 12.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника (услуги),

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.31. «Проверка №33».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 3, 8, 13.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника, стационар всех типов.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.32. «Проверка №34».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: все кроме 1.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника, стационар всех типов.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперт может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.33. «Проверка №35».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: нет ограничений.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.34. «Проверка №36».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: нет ограничений.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.35. «Проверка №37».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: нет ограничений.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника (законченный случай).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.36. «Проверка №38».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: нет ограничений.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника (законченный случай).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

### **9.3.37. «Проверка №39».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: нет ограничений.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника (законченный случай).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

#### **9.3.38. «Проверка №40».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: нет ограничений.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника (законченный случай).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

#### **9.3.39. «Проверка №41».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: нет ограничений.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника (законченный случай).

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

#### **9.3.40. «Проверка №42».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: нет ограничений.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

#### **9.3.41. «Проверка №43».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: нет ограничений.

Перечень проверяемых типов услуг: поликлиника.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

#### **9.3.42. «Проверка №44».**

Проверка не запускается, если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: нет ограничений.

Перечень проверяемых типов услуг: все виды услуг.

Обязательно заполняются следующие атрибуты раздела an\_tariff: «an\_tariff», «direct», по желанию эксперта, он может заполнить атрибут «comment».

## 10. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) РФ.

Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц		Санкции
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;	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе:	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
1.3.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового	Случай подлежит обязательной

	заболевания;	экспертной оценке
1.3.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц (в рамках добровольного медицинского страхования или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
1.5.	Приобретение пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств», «Формуляр лечения стационарного больного», согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи.	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения		
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети «Интернет».	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети «Интернет» следующей информации:	
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации;	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	Случай подлежит

		обязательной экспертной оценке
2.25.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
2.26.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	Случай подлежит обязательной экспертной оценке

2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
2.4.6.	перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
Раздел 3. Дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи		
3.1.	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи:	
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.2.2.	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.2.3.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	Случай подлежит обязательной

		экспертной оценке
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.2.5.01	Летальный исход в стационаре. Соответствующий МЭС результат лечения не достигнут	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий:	
3.3.1.	приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.3.1.01	Превышены сроки лечения на 50% от стандарта.	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.3.1.02	Превышены сроки лечения по случаю лечения и медицинская организация претендует на полное возмещение	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.3.1.03	Дополнительная услуга совершена в день выписки	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.3.1.04	Частые посещения на дому (только для поликлиники)	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.3.1.05	Превышение сроков реанимационного пособия более чем на 30%	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.3.1.06	Перевод больного на дневной стационар при сроке лечения равном 80% длительности КСГ	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.3.1.07	Более 3-х оперативных пособий за период лечения	Случай

		подлежит обязательной экспертной оценке
3.3.2.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.4.01	Соответствующий МЭС результат лечения не достигнут.	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.4.02	КСГ диагноза имеет минимально допустимую длительность законченного случая и в этом же персональном счете выставлено КСГ реанимации	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.4.03	Повторная услуга в реанимации за период лечения	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.4.04	Короткие сроки госпитализации при законченном случае лечения	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.5.	Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре, вследствие отсутствия положительной динамики в состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения).	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.5.01	Повторная госпитализация в течение квартала по поводу одного и того же заболевания	Случай подлежит обязательной экспертной оценке

3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.8.01	КСГ по заболеванию не соответствует коду профиля оказанной медицинской помощи (при плановой госпитализации в круглосуточный и дневной стационар)	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.8.02	КСГ по заболеванию не соответствует коду профиля оказанной медицинской помощи (при экстренной госпитализации в круглосуточный стационар)	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.9.	Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи.	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.9.01	Количество посещений к врачу не соответствует выставленному диагнозу	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.10.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.11.	Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие язвенного	Случай подлежит

	заболевания).	обязательной экспертной оценке
3.11.01	Осложнения, связанные с медицинским вмешательством	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.12.	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории.	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации		
4.1.	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
4.2.	Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи).	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
4.3.	Отсутствие в первичной документации:  информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	Случай подлежит обязательной экспертной оценке

4.4.	Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
4.6.1.	включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней и др., не подтвержденных первичной медицинской документацией;	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
4.6.2.	несоответствие сроков лечения, согласно первичной медицинской документации, застрахованного лица срокам, указанным в реестре счета;	Случай подлежит обязательной экспертной оценке
<b>Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов</b>		
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:	
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.1.01	Несоответствие реквизитов полиса СМО, территории страхователя	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания

		медицинской помощи
5.1.1.02	Атрибуты реестра персональных счетов не уникальны	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.3.01	Неполная информация по коду района Ярославской области	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.3.02	Неполная информация по типу улицы или наименованию улицы	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи

5.1.3.03	Указан неполный домашний адрес по прописке	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.3.04	Не указан ОГРН СМО (только для застрахованных вне территории Ярославской области)	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.3.05	Направление содержит неполную информацию.	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.4.01	В реестре застрахованных лиц пациент не найден	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.4.02	Неверная информация по району города	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты,

		возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.4.03	Неверная информация по наименованию населенного пункта	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.4.04	Неверный тип улицы при отсутствии «Наименование улицы»	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.4.05	Неверно указан регион проживания	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.4.06	Пациент выбыл из региона, указанного в адресе	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.4.07	Не зарегистрирован по указанному адресу	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай

		оказания медицинской помощи
5.1.4.08	Указан несуществующий адрес	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.4.09	Некорректный статус пациента	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.4.10	Некорректен тип документа	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.4.11	Несоответствие типа документа и статуса пациента	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.4.12	Диагноз не соответствует возрасту пациента	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи

5.1.4.13	В МКБ нет указанной рубрики (подрубрики) диагноза	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.4.14	В диагнозе не указана подрубрика	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.4.15	Диагноз не соответствует полу пациента	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.4.16	Заявленный диагноз не соответствует указанной услуге.	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.4.17	Дата оказания дополнительного пособия (операции, реанимации) выставлена за пределами сроков госпитализации	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.4.18	Летальный исход в поликлинике	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты,

		возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.4.19	Некорректное оформление переводов в персональных счетах	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.4.20	Некорректная дата оказания услуги	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.4.21	Некорректно выставлена дата первичного посещения к ведущему (основному) врачу в ЗСЛ.	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.4.22	Некорректно выставлена дата консультации специалиста входящего в МЭС.	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.4.23	Некорректно указана медицинская организация выдавшее направление.	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай

		оказания медицинской помощи
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.5.01	Неверно количество услуг в КСГ	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.5.02	Сумма, предъявленная к оплате не равна сумме всех персональных счетов по реестру	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.5.03	Некорректная сумма по персональному счету по полю «Предъявлено медицинской организацией всего»	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.5.04	Некорректная сумма по персональному счету по полю «Предъявлено медицинской организацией всего»	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи

5.1.5.05	Некорректная сумма по персональному счету по полю «Предъявлено медицинской организацией по базовому тарифу»	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.5.06	Некорректная сумма по персональному счету по полю «Предъявлено медицинской организацией за коммунальные платежи»	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.5.07	Некорректная сумма по персональному счету по полю «Предъявлено медицинской организацией по лекарственной составляющей»	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.5.08	Некорректная сумма по персональному счету по полю «Предъявлено медицинской организацией резервное»	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.5.09	Некорректна сумма реестра персональных счетов в поле «Сумма реестра персональных счетов предъявленных к оплате»	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.5.10	Некорректна сумма, предъявленная медицинской организацией по базовому тарифу в реестре	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты,

	персональных счетов	возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.5.11	Некорректна сумма, предъявленная медицинской организацией по коммунальным платежам в реестре персональных счетов	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.5.12	Некорректна сумма, предъявленная медицинской организацией по лекарственной составляющей в реестре персональных счетов	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.5.13	Некорректна сумма, предъявленная медицинской организацией по резервному полю в реестре персональных счетов	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.5.14	Некорректно указано количество услуг.	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.5.15	Коэффициент доплаты для резервного поля применен не верно	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай

		оказания медицинской помощи
5.1.5.16	Некорректная сумма по услуге по полю «Предъявлено медицинской организацией всего»	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.5.17	Некорректно выставлена стоимость оказанной услуги по базовому тарифу (только для поликлиники)	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.1.6.01	Превышен максимальный срок представления персонального счета к оплате	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи

5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.2.1.01	Отсутствует в регистре застрахованных по региону, указанному в адресе	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.2.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.);	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.2.2.01	Неверно указана дата рождения, не определен по БД застрахованных другой территории	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.2.2.02	Неверно указаны ФИО пациента, не определен по БД застрахованных другой территории	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.2.2.03	Некорректные данные по документу удостоверяющему личность	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты,

		возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.2.2.04	Неверно указано наименование СМО	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.2.2.05	Полис, более чем у одного пациента в текущем реестре	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.2.2.06	Отсутствие дат действия полиса (только для застрахованных вне территории Ярославской области)	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.2.2.07	Несоответствие статуса пациента указанному месту работы/учебы	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.2.2.08	Неверно указан регион страхования	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай

		оказания медицинской помощи
5.2.2.09	Страховая компания не работает в системе ОМС	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившего полис ОМС на территории другого субъекта РФ;	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.2.3.01	Не является иногородним (застрахован в Ярославской области)	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.2.3.02	Не является иногородним (по социальному статусу и месту проживания)	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи

5.2.4.01	На указанный период пациент не застрахован.	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.2.4.02	Полис, предъявленный к оплате медицинской организацией, прекратил действие до начала страхового случая	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.2.4.03	Полис, предъявленный к оплате медицинской организацией, начал действовать после окончания страхового случая	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ.	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС:	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи

5.3.1.	Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу ОМС;	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.3.1.01	Диагноз не входит в программу ОМС Ярославской области (для данной медицинской организации) по амбулаторно-поликлинической помощи	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.3.1.02	Несуществующий код специальности медработника	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.3.2.	Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы;	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи

5.3.2.01	Превышение муниципального заказа	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.3.2.02	Отсутствие муниципального заказа	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.3.2.03	Отсутствие в государственном (муниципальном) задании медицинской услуги по данному профилю (специальности).	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.3.2.04	Выставленная к оплате медицинская услуга не может применяться медицинской организацией	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи

5.3.3.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.3.3.01	Оплата страхового случая произведена по другому источнику финансирования	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.3.3.02	Аналогичная услуга была оплачена по дополнительной диспансеризации	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.3.3.03	Аналогичная услуга была оплачена по дополнительной диспансеризации детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи

5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь:	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.4.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.4.1.01	Выставленный к оплате код МКБ в соответствующей КСГ не входит в перечень разрешенных диагнозов данного КСГ.	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.4.1.02	КСГ диагноза не предполагает оперативных пособий	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи

5.4.1.03	Персональный счет не соответствует типу реестра персональных счетов по видам медицинской помощи	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.4.1.04	Одинаковые КСГ по заболеваниям	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.4.1.05	Персональный счет не соответствует типу реестра персональных счетов	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.4.1.06	Несуществующий код услуги	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи

5.4.2.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.4.2.01	КСГ диагноза предполагает оперативное пособие	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.4.2.02	Предъявленная КСГ предполагает наличие диагноза осложнения	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.4.2.03	При лечении в ММЦ отсутствует диагноз направившего учреждения	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи

5.4.2.04	Отсутствие акта экспертного контроля от медицинской организации	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.4.2.05	Отсутствие обоснования в акте экспертного контроля от медицинской организации	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.4.2.06	Отсутствие первичного посещения к ведущему (основному) врачу в законченном случае лечения в поликлинике.	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.4.2.08	Несоответствие диагноза по МКБ-Х коду оказанной стоматологической услуги.	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи

5.4.2.09	Несоответствие кода специальности медработника коду оказанной стоматологической услуги.	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.4.2.10	В персональном счете указаны не все услуги входящие в первичное посещение (комплексное обследование) в Центре здоровья	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.4.2.11	В персональном счете из Центра здоровья содержатся услуги, не оказанные в Центре здоровья.	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.4.2.12	Отсутствует первое комплексное обследование	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи

5.4.2.13	Тариф услуги не соответствует действующему тарифному соглашению	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.4.2.14	Специальность медработника не может быть использована для данного вида, профиля медицинской помощи	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.4.2.15	Несоответствие услуги, вида посещения и повода посещения	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.4.2.16	Некорректно выставленная услуга	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи

5.4.2.17	Услуга не соответствует возрасту пациента	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.4.2.18	Несоответствие диагноза КСГ диагнозу карты	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.4.2.19	Несоответствие профилей при подаче 2-х КСГ по заболеваниям	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.4.2.20	Несоответствие кода специальности врача профилю услуги по видам помощи	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи

5.4.2.21	Сумма единиц сложности стоматологических услуг некорректна	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.4.2.22	Данное оперативное пособие не разрешено для данного вида помощи	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.4.2.23	Предъявленная услуга не соответствует типу реестра	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.4.2.24	Коэффициенты доплаты использованы в дополнительных реестрах	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи

5.4.2.25	Некорректное применение тарифа за консультацию входящую в МЭС по ЗСЛ в поликлинике.	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.4.2.26	Некорректное применение тарифа за консультацию не входящую в МЭС по ЗСЛ в поликлинике.	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности:	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.5.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи

5.5.1.01	Несоответствие кода стоматологической услуги и медицинской организации, в которой она была оказана.	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.5.1.02	Медицинская услуга, предъявленная к оплате, не лицензирована	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.5.2.	Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.5.2.01	Медицинская организация не работает в системе ОМС	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи

5.5.3.	Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов).	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.6.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.7.1.	Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи

5.7.1.01	Повторное выставление счета	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.7.1.02	Услуга принята к оплате ранее	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.7.1.03	Повторное выставление консультации специалиста по одному и тому же профилю в пределах одного МЭСа.	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.7.2.	Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи

5.7.2.01	Более одного первичного посещения в одном персональном счете по одной специальности в одной медицинской организации	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.7.2.02	Пересечение персональных счетов по времени лечения в амбулаторно – поликлинических условиях по одной и той же специальности (включая родственные)	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.7.2.03	Дублирование услуги в реестре, в разных персональных счетах	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.7.2.04	Дублирование услуги в реестре, в одном персональном счете	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи

5.7.2.05	Более одного первичного посещения в центр здоровья в <b>отчетном году</b>	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.7.2.06	Дублирование услуги в реестрах персональных счетов разных медицинских организаций	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.7.3.	Стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.7.3.01	Частые первичные посещения (только для поликлиники)	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи

5.7.3.02	Динамическое наблюдение выполнено в период проведения комплексного обследования	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.7.3.03	Услуга «Неотложная помощь» и посещение на дому в один день	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.7.4.	Стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованных в системе ОМС.	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.7.5.	<p>Включения в реестр счетов медицинской помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи);</li> <li>- пациенто - дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационар (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях).</li> </ul>	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи

5.7.5.01	При лечении в круглосуточном стационаре одной медицинской организации была оказана амбулаторная услуга в другой медицинской организации при отсутствии направления.	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.7.5.02	Услуга, оказанная на дому, при лечении в круглосуточном стационаре	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.7.5.03	Амбулаторная услуга при лечении в дневном стационаре	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.7.5.04	Услуга, оказанная на дому, при лечении в дневном стационаре	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи

5.7.6.	Включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
5.7.6.01	Пересечение выставленных услуг в разных персональных счетах в пределах Ярославской области	Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи

**Раздел 6. Другие артефакты, не влияющие на оплату, не подлежащие обязательной экспертизе по результатам медико-экономического контроля, не входящие в список дефектов отражаемых в ПГ**

6.01	Информация о пациенте достаточна и корректна (для застрахованных вне Ярославской области).	Констатация артефакта, не влияющая на оплату, случай не подлежит обязательной экспертной оценке
6.02	Найден по совокупности атрибутов: Паспорт, дата рождения, полные Ф.И.О. (для застрахованных на территории Ярославской области).	Констатация артефакта, не влияющая на оплату, случай не подлежит обязательной экспертной оценке
6.03	Найден по совокупности атрибутов: Паспорт, дата рождения, фамилия, инициалы (для застрахованных на территории Ярославской области).	Констатация артефакта, не влияющая на оплату, случай не подлежит обязательной экспертной оценке
6.04	Найден по совокупности атрибутов: Паспорт, полные Ф.И.О. (для застрахованных на территории Ярославской области).	Констатация артефакта, не влияющая на оплату, случай не подлежит обязательной экспертной оценке

6.04	Проверки не запускались	Констатация артефакта, не влияющая на оплату, случай не подлежит обязательной экспертной оценке
6.05	Найден по совокупности атрибутов:Паспорт, фамилия, инициалы (для застрахованных на территории Ярославской области).	Констатация артефакта, не влияющая на оплату, случай не подлежит обязательной экспертной оценке
6.06	Найден по совокупности атрибутов:Паспорт, инициалы (для застрахованных на территории Ярославской области).	Констатация артефакта, не влияющая на оплату, случай не подлежит обязательной экспертной оценке
6.07	Найден по совокупности атрибутов:Паспорт, 4 первых буквы фамилии (для застрахованных на территории Ярославской области).	Констатация артефакта, не влияющая на оплату, случай не подлежит обязательной экспертной оценке
6.08	Найден по совокупности атрибутов:Номер паспорта, фамилия, инициалы (для застрахованных на территории Ярославской области).	Констатация артефакта, не влияющая на оплату, случай не подлежит обязательной экспертной оценке
6.09	Найден по совокупности атрибутов:Дата рождения, полные Ф.И.О. (для застрахованных на территории Ярославской области).	Констатация артефакта, не влияющая на оплату, случай не подлежит обязательной экспертной оценке
6.10	Найден по совокупности атрибутов:Дата рождения, Фамилия, Инициалы (для застрахованных на территории Ярославской области).	Констатация артефакта, не влияющая на оплату, случай не подлежит обязательной экспертной оценке
6.11	Найден по совокупности атрибутов:Полные Ф.И.О. (для застрахованных на территории Ярославской области).	Констатация артефакта, не влияющая на оплату, случай не подлежит обязательной экспертной оценке

6.12	Найден по совокупности атрибутов:Фамилия, Инициалы (для застрахованных на территории Ярославской области).	Констатация артефакта, не влияющая на оплату, случай не подлежит обязательной экспертной оценке
6.13	Найден вручную (для застрахованных на территории Ярославской области).	Констатация артефакта, не влияющая на оплату, случай не подлежит обязательной экспертной оценке
6.14	Проверки не проводились	Констатация артефакта, не влияющая на оплату, случай не подлежит обязательной экспертной оценке
6.15	Полис, предъявленный к оплате медицинской организацией, действителен на момент лечения	Констатация артефакта, не влияющая на оплату, случай не подлежит обязательной экспертной оценке
6.16	Полис, предъявленный к оплате не действовал на момент лечения, но по ФИО, д.р. и серии, номеру документа найден действующий полис ОМС на момент лечения	Констатация артефакта, не влияющая на оплату, случай не подлежит обязательной экспертной оценке
6.17	Нет замечаний.	Констатация артефакта, не влияющая на оплату, случай не подлежит обязательной экспертной оценке
6.18	Нет замечаний	Констатация артефакта, не влияющая на оплату, случай не подлежит обязательной экспертной оценке
6.19	Проверки не запускались	Констатация артефакта, не влияющая на оплату, случай не подлежит обязательной экспертной оценке

6.20	Нет замечаний.	Констатация артефакта, не влияющая на оплату, случай не подлежит обязательной экспертной оценке
6.21	Проверки не запускались	Констатация артефакта, не влияющая на оплату, случай не подлежит обязательной экспертной оценке

# **11. Заключение по проверке реестра пролеченных больных**

## **11.1. Общие положения**

Данные формы рекомендованы к заполнению при формировании «бумажного» варианта ответа ЛПУ по проверке выставленных счетов.

## **11.2. Описание заключения для реестров по всем видам помощи**

### **11.2.1. Акт медико-экономического контроля**

Акт \*медико-экономического контроля

#### **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 оказанных медицинских услуг, суммарная стоимость медицинских услуг, предоставленных к оплате.

Констатация соответствия (несоответствия) данных счета-фактуры реестру оказанной медицинской помощи.

Констатация соответствия (несоответствия) тарифов, указанных в реестре оказанной медицинской помощи, утвержденным тарифам.

Констатация соответствия (несоответствия) видов и профилей оказанной медицинской помощи лицензии медицинского учреждения.

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

Расшифровка выявленных дефектов медицинской помощи / нарушений при оказании медицинской помощи (в соответствии с Перечнем оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи (приложение 8 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 дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи \*.

Итоговая сумма, принятая к оплате.

#### **Заверительная часть**

Должность, подпись работника, проводившего медико-экономический контроль.

Должность, подпись ответственного лица страховой медицинской организации (территориального фонда обязательного медицинского страхования), утверждающего Акт.

Должность, подпись руководителя медицинской организации, ознакомившегося с Актом.

- по данной форме заполняется акт также и при проведении повторного медико-экономического контроля

Табличная форма акта № \_\_\_ от \_\_\_\_\_ (дата)  
медико-экономического контроля счета № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
за оказанную медицинскую помощь  
в \_\_\_\_\_ медицинской \_\_\_\_\_ организации:  
\_\_\_\_\_  
(наименование)

Перечень отклоненных позиций к оплате в счете (реестре) с разбивкой по:

- коду специалиста медицинской организации
- коду профиля отделения (для медицинской организации, оказывающей стационарную помощь, - койки)

Отклоненные от оплаты:

№ п/п в реестре	№ полиса обязательного медицинского страхования	Код по МКБ-10	Дата начала лечения	Дата окончания лечения	Код дефекта нарушения	Расшифровка кода дефекта нарушения	Сумма неоплаты (руб.)
Итого по акту на сумму							
в т.ч. по коду:							

Приостановленные в оплате до проведения экспертизы:

№ п/п в реестре	№ полиса обязательного медицинского страхования	Код по МКБ-10	Дата начала лечения	Дата окончания лечения	Код дефекта нарушения	Расшифровка кода дефекта 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		Принято к оплате		Оплатить	
	кол-во	сумма	кол-во	сумма	кол-во	сумма	кол-во	сумма

Итого по счету: \_\_\_\_\_

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

Руководитель страховой медицинской организации / директор  
территориального фонда обязательного медицинского страхования  
\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ расшифровка  
подписи

М.П.

Должность, подпись руководителя медицинской организации,  
ознакомившегося с Актом

\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

### 11.2.2. Инструкция по заполнению табличной формы акта.

Табличная форма акта заполняется одна на все реестры персональных счетов, перечисленные в бухгалтерских счетах на оплату одного вида (например: все основные реестры или все дополнительные) за отчетный период.

Описание заполнения таблиц:

Отклоненные от оплаты

- В таблицу вносятся все отклоненные от оплаты позиции, у которых есть проставленные дефекты Российской Федерации начинающиеся на «5».
- № индивидуального счета – атрибут «n\_pp» раздела «polyclinic»; «hospital»; «hospital\_d» - в зависимости от вида помощи;
- № полиса обязательного медицинского страхования – атрибут «polisnum» раздела «polyclinic»; «hospital»; «hospital\_d» - в зависимости от вида помощи;
- Код по МКБ-Х - атрибут mkb;

- Дата начала лечения – curestart раздела «hospital»; «hospital\_d» - или min date\_1 раздела «services\_p» в зависимости от вида помощи;
- Дата окончания лечения - cureend раздела «hospital»; «hospital\_d» или max date\_1 раздела «services\_p» в зависимости от вида помощи;
- Код дефекта/нарушения – указывается код дефекта ФОМС;
- Расшифровка кода дефекта ФОМС, затем после символа «/» указывается расшифровка дефекта ТФ ОМС в соответствии с «Положением о медико – экономическом контроле» (действующая версия);
- Сумма неоплаты – заполняется как разница между sum1 и sum;
- Итого по акту на сумму – заносится итоговая сумма неоплаты по акту;
- В т.ч. по коду – в соответствующие столбцы вносятся коды дефекта/нарушения и сумма неоплаты по данному коду.
- Сортировка по: № полиса обязательного медицинского страхования; № п/п в реестре; Дата начала лечения.

#### Приостановленные в оплате до проведения экспертизы

- В таблицу вносятся все отклоненные от оплаты позиции, у которых есть проставленные дефекты Российской Федерации начинающиеся на «З».
- № индивидуального счета – атрибут «n\_pp» раздела «polyclinic»; «hospital»; «hospital\_d» - в зависимости от вида помощи;
- № полиса обязательного медицинского страхования – атрибут «polisnum» раздела «polyclinic»; «hospital»; «hospital\_d» - в зависимости от вида помощи;
- Код по МКБ-Х - атрибут mkb;
- Дата начала лечения – curestart раздела «hospital»; «hospital\_d» - или min date\_1 раздела «services\_p» в зависимости от вида помощи;
- Дата окончания лечения - cureend раздела «hospital»; «hospital\_d» или max date\_1 раздела «services\_p» в зависимости от вида помощи;
- Код дефекта/нарушения – указывается код дефекта ФОМС;
- Расшифровка кода дефекта ФОМС, затем после символа «/» указывается расшифровка дефекта ТФ ОМС в соответствии с «Положением о медико – экономическом контроле» (действующая версия);
- Сумма неоплаты – заполняется как разница между sum1 и sum;
- Итого по акту на сумму – заносится итоговая сумма неоплаты по акту;
- В т.ч. по коду – в соответствующие столбцы вносятся коды дефекта/нарушения и сумма неоплаты по данному коду.
- Сортировка по: № полиса обязательного медицинского страхования; № п/п в реестре; Дата начала лечения.

## Финансовая таблица

- Профиль отделения (койки) или специалиста –
  - для амбулаторно-поликлинической помощи – атрибут «спес» раздела «services\_p»;
  - для стационарной помощи - атрибут «prof\_oms» раздела «transfers»; выбирается значение из последнего перевода, в данном персональном счете, у которого заполнен атрибут «ksg»;
  - для медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре - атрибут «prof\_oms» раздела «transfers»; выбирается значение из последнего перевода, в данном персональном счете, у которого заполнен атрибут «ksg».
- Предоставлено к оплате - в столбце кол-во – указывается количество персональных счетов соответствующего профиля предъявленных к оплате медицинской организацией;
- Предоставлено к оплате - в столбце сумма – вносится сумма средств по данному профилю из атрибута «sum1».
- Отказано в оплате - в столбце кол-во – указывается количество персональных счетов соответствующего профиля, у которых атрибут «rau» имеет значения после МЭК - «3» или «4»;
- Отказано в оплате - в столбце сумма – вносится разница значений атрибутов «sum1» и «sum» для данных персональных счетов, у которых атрибут «rau» принимает значения «3» или «4»;
- Принято к оплате - в столбце кол-во – указывается количество персональных счетов соответствующего профиля, у которых атрибут «rau» имеет значения «1» или «2»;
- Принято к оплате - в столбце сумма – вносится сумма персональных счетов по данному профилю медицинской помощи по атрибуту «sum».
- Оплатить - в столбце кол-во – указывается количество персональных счетов соответствующего профиля, у которых атрибут «rau» имеет значения «1» или «2»;
- Оплатить - в столбце сумма – вносится сумма персональных счетов по данному профилю с атрибутом «sum».
- Группировка по полю: Профиль отделения (койки) или специалиста.

### 11.2.3. Реестр актов

#### Реестр актов медико-экономического контроля

Период \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. - \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Вид медико-экономического контроля: \_\_\_\_\_ (первичный - 1, повторный - 2)

Наименование и код СМО (ТФ), получившего счета от медицинской организации

\_\_\_\_\_

Название и код территории местонахождения СМО (ТФ)

\_\_\_\_\_

Наименование, местонахождение и код медицинской организации, предоставившей счет

\_\_\_\_\_

Код \_\_\_\_\_

На анализ предоставлены реестры счетов (счета) за медицинские услуги, оказанные застрахованным лицам.

Всего предоставлено счетов на сумму \_\_\_\_\_ руб.

Предоставленные для медико-экономического контроля счета включают:

За стационарную медицинскую помощь:

счет (ов) \_\_\_\_\_ реестров счетов \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ на сумму \_\_\_\_\_ руб.

За медицинскую помощь, оказанную в дневном стационаре:

\_\_\_\_\_ реестров счетов  
\_\_\_\_\_ счетов \_\_\_\_\_ на сумму \_\_\_\_\_ руб.

За амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь (в т.ч. стоматологические и параклинические услуги):

\_\_\_\_\_ счет (ов) \_\_\_\_\_ реестров счетов \_\_\_\_\_  
на сумму \_\_\_\_\_ руб.

1. Согласовано к оплате всего:

Счетов \_\_\_ на сумму \_\_\_ руб.

реестров счетов на сумму: \_\_\_\_\_ руб.

В т.ч.: за стационарную медицинскую помощь на сумму: \_\_\_\_\_ руб.

\_\_\_\_\_ счетов

за мед. помощь в дневном стационаре на сумму: \_\_\_\_\_ руб.

\_\_\_\_\_ счетов

за амбулаторно-поликлиническую мед. помощь на сумму: \_\_\_\_\_ руб.  
\_\_\_\_\_ счетов

2. Не согласовано к оплате реестров счетов на сумму: \_\_\_\_\_ руб.

В т.ч.: за стационарную медицинскую помощь на сумму: \_\_\_\_\_ руб.  
\_\_\_\_\_ счетов

за медицинскую помощь в дневном стационаре на сумму: \_\_\_\_\_ руб.  
\_\_\_\_\_ счетов

за амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь на сумму: \_\_\_\_\_ руб.  
\_\_\_\_\_ счетов

за превышение согласованных объемов медицинскую услуг на сумму: \_\_\_\_\_ руб.

2.1. Не подлежит оплате \_\_\_\_\_ счетов на сумму \_\_\_\_\_ руб.

2.1.1. за стационарную медицинскую помощь на сумму: \_\_\_\_\_ руб.  
\_\_\_\_\_ счетов

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

2.1.2. за медицинскую помощь в дневном стационаре на сумму: \_\_\_\_\_ руб.  
\_\_\_\_\_ счетов

Код структурного подразделения	Код отделения или профиля коек (для ДС)	№ индивидуального счета	Период (месяц)	№ полиса обязательного медицинского страхования	Код территории страхования	Код причины отказа в оплате	Сумма, подлежащая отказу в оплате	Код финансовых санкций	Сумма финансовых санкций	Примечания
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

2.1.3. за амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь на сумму: \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ счетов

Код структурного подразделения	Код услуги для поликлинических, стоматологических и параклинических услуг	№ индивидуального счета	Период (месяц)	№ полиса обязательного медицинского страхования	Код территории страхования	Код причины отказа в оплате	Сумма, подлежащая отказу в оплате	Код финансовых санкций	Сумма финансовых санкций	Примечания
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

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

2.2. Подлежит приостановлению оплаты \_\_\_\_\_ счетов на сумму: \_\_\_\_\_ руб.:

с проведением экспертизы качества медицинской помощи или повторного медико-экономического контроля:

В т.ч.: за стационарную медицинскую помощь на сумму: \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ счетов

за медицинскую помощь в дневном стационаре на сумму: \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ счетов

за амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь на сумму: \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ счетов

Код структурного подразделения	Код отделения или профиля коек для стационарной медицинской помощи и ДС), код услуги для (поликлинические, стоматологические и параклинические услуги)	№ индивидуального счета	Период (месяц)	№ полиса обязательного медицинского страхования)	Код территории страхования	Коды нарушений, явившихся причиной приостановления оплаты	Поводы для приостановления оплаты	Сумма
1	2	3	4	5	6	7	8	9

2.3. Не принято к оплате в связи с превышением согласованных объемов медицинских услуг на общую сумму \_\_\_\_\_ руб.:

В т. ч.: за стационарную медицинскую помощь на сумму \_\_\_\_\_ руб.;

за медицинскую помощь в дневном стационаре на сумму \_\_\_\_\_ руб.;

за амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь на сумму \_\_\_\_\_ руб.

Подразделения МО	Код отделения	Период, в котором произошло превышение согласованных объемов (квартал)	Величина превышения согласованных объемов медицинских услуг (к/д, посещений, УЕТ)	Сумма, не подлежащая оплате в связи с превышением согласованных объемов	Сумма, не принятая к оплате связи с превышением согласованных объемов	В т.ч.: до проведения повторного МЭК	Сумма, удерживаемая в текущем месяце	Сумма, подлежащая удержанию в последующий период
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Дата предоставления счетов СМО (ТФ) медицинской организацией

«\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Дата проверки счетов (реестров) «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Специалист (Ф.И.О. и подпись) \_\_\_\_\_

#### **11.2.4. Инструкция по заполнению реестра актов.**

Реестр актов заполняется отдельно на каждый тип реестра (основной или дополнительный) и включает все виды медицинской помощи, с данным типом реестра.

В строку «Период \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. - \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.» заносятся периоды, указанные в обработанных файлах ( атрибуты: «year» и «month»). Началом периода следует считать самый ранний период, за который выставлен к оплате счет. Концом периода - поздний период, за который выставлен счет.

В строку «Вид медико-экономического контроля: \_\_\_\_\_ (первичный - 1, повторный - 2)» указывается значение атрибута «type\_r»: 1 или 2.

В строку «Наименование и код СМО (ТФ), получившего счета от медицинской \_\_\_\_\_ организации \_\_\_\_\_» заносится полное наименование СМО (ТФ) и ОГРН СМО (ТФ).

В строку «Название и код территории местонахождения СМО (ТФ) \_\_\_\_\_»

Заносится «Ярославская область - 1178».

В строку «Наименование, местонахождение и код медицинской организации, \_\_\_\_\_ предоставившей \_\_\_\_\_ счет \_\_\_\_\_»

заносится полное наименование медицинской организации, её юридический адрес и ОГРН.

В строку «Всего предоставлено счетов на сумму \_\_\_\_\_ руб.» вносится итоговая сумма, предъявленная медицинской организацией к оплате.

В строку «За стационарную медицинскую помощь:

счет (ов) \_\_\_\_\_ реестров счетов \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ на сумму \_\_\_\_\_ руб.» вносятся в: счет(ов) – общее количество персональных счетов, содержащиеся в реестре(ах) за стационарную помощь; реестров счетов – все реестры персональных счетов по стационарной помощи, указанные в счетах медицинской организации за отчетный период; на сумму – сумма предъявленная

медицинской организацией по стационарной помощи за отчетный период.

В строку «За медицинскую помощь, оказанную в дневном стационаре:

\_\_\_\_\_ реестров счетов

\_\_\_\_\_ счетов \_\_\_\_\_ на сумму \_\_\_\_\_ руб.» вносятся в: реестров счетов – все реестры персональных счетов по дневному стационару, указанные в счетах медицинской организации за отчетный период; счетов – общее количество персональных счетов, содержащиеся в реестрах за медицинскую помощь оказанную в условиях дневного стационара; на сумму – сумма предъявленная медицинской организацией за дневной стационар в отчетный период.

В строку «За амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь (в т.ч. стоматологические и параклинические услуги):

счет(ов) \_\_\_\_\_ реестров счетов \_\_\_\_\_

на сумму \_\_\_\_\_ руб.» вносятся в: счет(ов) – общее количество персональных счетов, содержащиеся в реестре за амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь; реестров счетов – все реестры счетов по амбулаторно-поликлинической помощи, указанные в счетах медицинской организации за отчетный период; на сумму – сумма предъявленная медицинской организацией по амбулаторно-поликлинической помощи за отчетный период.

В строки «1. Согласовано к оплате всего:

Счетов \_\_\_ на сумму \_\_\_ руб.

реестров счетов на сумму: \_\_\_\_\_ руб.

В т.ч.: за стационарную медицинскую помощь на сумму: \_\_\_\_\_ руб.  
\_\_\_\_\_ счетов

за мед. помощь в дневном стационаре на сумму: \_\_\_\_\_ руб.  
\_\_\_\_\_ счетов

за амбулаторно-поликлиническую мед. помощь на сумму: \_\_\_\_\_ руб.  
\_\_\_\_\_ счетов»

вносятся в:

счетов – общее количество персональных счетов, по которым проведен медико – экономический контроль (МЭК) и значение атрибута «рау» имеет значение «1» или «2»; на сумму – сумма подлежащая перечислению в медицинскую организацию после проведения МЭК; реестров счетов на сумму – данное поле

должно быть равно по значению полю «на сумму». Остальные поля заполняются аналогично по всем видам медицинской помощи.

В строку 2. Не согласовано к оплате реестров счетов на сумму: \_\_\_\_\_ руб. вносится общая сумма по счету не подлежащая или приостановленная к оплате по тем или иным причинам после проведения МЭК. В остальных полях данной строки указываются сумма и количество персональных счетов по всем видам медицинской помощи по которым произошло не согласование по оплате.

В строки 2.1. «Не подлежит оплате \_\_\_\_\_ счетов на сумму \_\_\_\_\_ руб.

заполняется в \_\_\_\_\_ счетов – общее количество персональных счетов, не подлежащих оплате из-за выявленных, после проведения МЭК нарушений, послуживших причиной отказа в оплате по любому персональному счету, далее вносится сумма, которая не подлежит оплате по всем персональным счетам. Остальные поля, подразделенные на разные виды помощи, заполняются аналогично по конкретному виду помощи.

2.1.1. за стационарную медицинскую помощь на сумму: \_\_\_\_\_ руб.  
\_\_\_\_\_ счетов

Описание заполнения таблицы отказов за стационарную медицинскую помощь:

- В таблицу выводятся все записи, у которых есть выставленные дефекты ФОМС с первой цифрой «5».
- Код структурного подразделения – атрибут «divcode» раздела «divisions»;
- Код отделения или профиля коек (для стационарной медицинской помощи) – атрибут «prof\_oms» раздела «transfers»; выбирается значение последнего перевода, в данном персональном счете, у которого заполнен атрибут «ksg»;
- № индивидуального счета – атрибут «n\_pp» раздела «hospital»;
- Период (месяц) – атрибут «month» раздела «bill»;
- № полиса обязательного медицинского страхования – атрибут «polisnum» раздела «hospital»;
- Код территории страхования – атрибут «region\_oms» раздела «hospital»;
- Код причины отказа в оплате – по: атрибуту «an\_p» раздела «an\_p», или атрибуту «an\_ps» раздела «an\_ps», или атрибуту «an\_sum» раздела «an\_sum», или атрибуту «an\_tariff» раздела «an\_tariff» или атрибуту «an\_mes» раздела «an\_mes» подставить «код ФОМС»;
- Сумма, подлежащая отказу в оплате – вычисляется как разница значений атрибута «sum1» и атрибута «sum» раздела «hospital»;
- Код финансовых санкций – выставляется код из перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) ФОМС соответствующий коду, выставленному по результатам проведения МЭК.

- Сумма финансовых санкций - вычисляется для первого выставленного дефекта в данном персональном счете, как разница значений атрибута «sum1» и атрибута «sum» раздела «hospital». Для второго и последующих дефектов поле заполняется значением «0».
- Примечания – вносятся в атрибут «comment» раздела «an\_p», или атрибут «comment» раздела «an\_ps», или атрибут «comment» раздела «an\_sum», или атрибут «comment» раздела «an\_tariff» или атрибут «comment» раздела «an\_mes» выявленного дефекта.
- Сортировать выявленные дефекты нужно по следующим полям:  
Код структурного подразделения; Код отделения или профиля коек (для стационарной медицинской помощи); № индивидуального счета; Период (месяц); № полиса обязательного медицинского страхования; Код территории страхования; Код причины отказа в оплате с занесением этих данных в соответствующие столбцы таблицы (Дополнительная сортировка по разделам отказов согласно МЭК: 1 – an\_p; 2- an\_ps ; 3 – an\_sum ; 4 – an\_tariff ; 5 – an\_mes; вторичная сортировка по коду отказа в соответствующем разделе).

2.1.2. за медицинскую помощь в дневном стационаре на сумму: \_\_\_\_\_  
руб. \_\_\_\_\_ счетов

Описание заполнения таблицы отказов за медицинскую помощь в дневном стационаре:

- В таблицу выводятся все записи, у которых есть выставленные дефекты ФОМС с первой цифрой «5».
- Код структурного подразделения – атрибут «divcode» раздела «divisions»;
- Код отделения или профиля коек (для ДС) – атрибут «prof\_oms» раздела «transfers»; выбирается значение из последнего перевода, в данном персональном счете, у которого заполнен атрибут «ksg»;
- № индивидуального счета – атрибут «n\_pp» раздела «hospital\_d»;
- Период (месяц) – атрибут «month» раздела «bill»;
- № полиса обязательного медицинского страхования – атрибут «polisnum» раздела «hospital\_d»;
- Код территории страхования – атрибут «region\_oms» раздела «hospital\_d»;
- Код причины отказа в оплате – по: атрибуту «an\_p» раздела «an\_p», или атрибуту «an\_ps» раздела «an\_ps», или атрибуту «an\_sum» раздела «an\_sum», или атрибуту «an\_tariff» раздела «an\_tariff» или атрибуту «an\_mes» раздела «an\_mes» подставить «код ФОМС»;
- Сумма, подлежащая отказу в оплате – вычисляется как разница значений атрибута «sum1» и атрибута «sum» раздела «hospital\_d»;
- Код финансовых санкций – выставляется код из перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской

помощи) ФОМС соответствующий коду, выставленному по результатам проведения МЭК.

- Сумма финансовых санкций - вычисляется для первого отображаемого дефекта в данном персональном счете как разница значений атрибута «sum1» и атрибута «sum» раздела «hospital\_d». Для второго и последующих дефектов поле заполняется значением «0».
- Примечания - вносятся в атрибут «comment» раздела «an\_p», или атрибут «comment» раздела «an\_ps», или атрибут «comment» раздела «an\_sum», или атрибут «comment» раздела «an\_tariff» или атрибут «comment» раздела «an\_mes» выявленного дефекта.
- Сортировать выявленные дефекты нужно по следующим полям:  
Код структурного подразделения; Код отделения или профиля коек (для ДС); № индивидуального счета; Период (месяц); № полиса обязательного медицинского страхования; Код территории страхования; Код причины отказа в оплате с занесением этих данных в соответствующие столбцы таблицы (Дополнительная сортировка по разделам отказов согласно МЭК: 1 – an\_p; 2- an\_ps ; 3 – an\_sum ; 4 – an\_tariff ; 5 – an\_mes; вторичная сортировка по коду отказа в соответствующем разделе).

2.1.3. за амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь на сумму:  
\_\_\_ руб. \_\_\_ счетов

Описание заполнения таблицы отказов за амбулаторно-поликлиническую помощь:

- В таблицу выводятся все записи, у которых есть выставленные дефекты ФОМС с первой цифрой «5».
- Код структурного подразделения – атрибут «divcode» раздела «divisions»;
- Код услуги для поликлинических, стоматологических и параклинических услуг – атрибут «spec» раздела «services\_p»; выбирается значение из записи, у которой атрибут «date\_1» имеет наибольшее значение; (Код услуги)
- № индивидуального счета – атрибут «n\_pp» раздела «polyclinic»;
- Период (месяц) – атрибут «month» раздела «bill»;
- № полиса обязательного медицинского страхования – атрибут «polisnum» раздела «polyclinic»;
- Код территории страхования – атрибут «region\_oms» раздела «polyclinic»;
- Код причины отказа в оплате – по: атрибуту «an\_p» раздела «an\_p» или атрибуту «an\_ps» раздела «an\_ps» или атрибуту «an\_sum» раздела «an\_sum» или атрибуту «an\_tariff» раздела «an\_tariff» или атрибуту «an\_mes» раздела «an\_mes» подставить «код ФОМС»;
- Сумма, подлежащая отказу в оплате – вычисляется как разница значений атрибута «sum1» и атрибута «sum» раздела «polyclinic»;

- Код финансовых санкций – выставляется код из перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) ФОМС соответствующий коду, выставленному по результатам проведения МЭК.
- Сумма финансовых санкций - вычисляется для первого отображаемого дефекта в данном персональном счете как разница значений атрибута «sum1» и атрибута «sum» раздела «polyclinic». Для второго и последующих дефектов поле заполняется значением «0».
- Примечания - вносятся в атрибут «comment» раздела «an\_p», или атрибут «comment» раздела «an\_ps», или атрибут «comment» раздела «an\_sum», или атрибут «comment» раздела «an\_tariff» или атрибут «comment» раздела «an\_mes» выявленного дефекта.
- Сортировать выявленные дефекты нужно по следующим полям:

Код структурного подразделения; Код отделения или профиля коек (Код услуги); № индивидуального счета; Период (месяц); № полиса обязательного медицинского страхования; Код территории страхования; Код причины отказа в оплате с занесением этих данных в соответствующие столбцы таблицы (Дополнительная сортировка по разделам отказов согласно МЭК: 1 – an\_p; 2- an\_ps ; 3 – an\_sum ; 4 – an\_tariff ; 5 – an\_mes; вторичная сортировка по коду отказа в соответствующем разделе).

В строки 2.2 «Подлежит приостановлению оплаты \_\_\_\_\_ счетов на сумму: \_\_\_\_\_ руб.:

с проведением экспертизы качества медицинской помощи или повторного медико-экономического контроля:

В т.ч.: за стационарную медицинскую помощь на сумму: \_\_\_\_\_ руб.  
\_\_\_\_\_ счетов

за медицинскую помощь в дневном стационаре на сумму: \_\_\_\_\_ руб.  
\_\_\_\_\_ счетов

за амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь на сумму: \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ счетов» вносятся в: счетов все персональные счета по любому виду медицинской помощи, где атрибут «an\_mes» принимает значения после проведения МЭК: «2», «3», «4», «5», «9», «10», «11», «53», «54», «57», «60», «61», «62», «63», «65», «66», «67», «72» и атрибут «rau» имеет значение «3»; на сумму – сумма всех персональных счетов, у которых атрибут «rau» равен «3». Затем они вносятся в поля видов той медицинской помощи, где был обнаружен дефект.

Описание заполнения таблицы приостановленных в оплате персональных счетов по всем видам помощи:

- В таблицу выводятся все записи, где атрибут «an\_mes» имеет значения: «2», «3», «4», «5», «9», «10», «11», «53», «54», «57», «60», «61», «62», «63», «65», «66», «67», «72» и атрибут «rau» равен «3»
- Код структурного подразделения – атрибут «divcode» раздела «divisions»;
- Код отделения или профиля коек для (стационарной медицинской помощи и ДС), код услуги для (поликлинических, стоматологических и параклинических услуг):
  - для амбулаторно-поликлинической помощи – атрибут «service» раздела «services\_p»;
  - для стационарной помощи - атрибут «prof\_oms» раздела «transfers»; выбирается значение из последнего перевода, в данном персональном счете, у которого заполнен атрибут «ksg»;
  - для медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре - атрибут «prof\_oms» раздела «transfers»; выбирается значение из последнего перевода, в данном персональном счете, у которого заполнен атрибут «ksg».
- № индивидуального счета – атрибут «n\_pp» раздела «polyclinic»;
- Период (месяц) – атрибут «month» раздела «bill»;
- № полиса обязательного медицинского страхования – атрибут «polisnum» раздела «polyclinic»;
- Код территории страхования – атрибут «region\_oms» раздела «polyclinic»;
- Коды нарушений, явившихся причиной приостановления оплаты – по значению атрибута «an\_mes» раздела «an\_mes» подставить «код ФОМС»;
- Поводы для приостановления оплаты – по значению атрибута «an\_mes» раздела «an\_mes» подставить «Результат»;
- Сумма – вычисляется как разница значений атрибута «sum1» и атрибута «sum» разделов: «polyclinic»; «hospital»; «hospital\_d» - в зависимости от вида помощи.
- Сортировать выявленные дефекты нужно по следующим полям:  
 Код структурного подразделения; Вид помощи (1 – Стационар; 2 – Дневной стационар; 3 – Амбулаторно-поликлиническая помощь); Код отделения или профиля коек (услуга для амбулаторно-поликлинической помощи); № индивидуального счета; Период (месяц); № полиса обязательного медицинского страхования; Код территории страхования; Коды нарушений, явившихся причиной приостановления оплаты с занесением этих данных в соответствующие столбцы таблицы.

В строки «2.3. Не принято к оплате в связи с превышением согласованных объемов медицинских услуг на общую сумму \_\_\_\_\_ руб.:

В т. ч.: за стационарную медицинскую помощь на сумму \_\_\_\_\_ руб.;

за медицинскую помощь в дневном стационаре на сумму \_\_\_\_\_ руб.;

за амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь на сумму \_\_\_\_\_ руб.» в поле «на сумму» вносится сумма по отказанным персональным счетам любого вида помощи со значениями атрибута «an\_sum» «11» или «23». Затем они вносятся в поля видов той медицинской помощи, где был обнаружен дефект.

Описание заполнения таблицы не принятых к оплате в связи с превышением согласованных объемов медицинских услуг персональных счетов:

- В таблицу выводятся все записи, у которых атрибут «an\_sum» равен: «11», «23»
- Подразделения МО – атрибут «divcode» раздела «divisions»;
- Код отделения:
  - для амбулаторно-поликлинической помощи – атрибут «spec» раздела «services\_p»;
  - для стационарной помощи - атрибут «prof\_oms» раздела «transfers»; выбирается значение из последнего перевода, у которого заполнен атрибут «ksg» в данном персональном счете;
  - для медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре - атрибут «prof\_oms» раздела «transfers»; выбирается значение из последнего перевода, у которого заполнен атрибут «ksg» в данном персональном счете.
- Период, в котором произошло превышение согласованных объемов (квартал) – анализируется атрибут «month» раздела «bill» основного реестра персональных счетов и на основании его значения вычисляется квартал;
- Величина превышения согласованных объемов медицинских услуг (к/д, посещения, УЕТ) – количество услуг соответствующего профиля или специальности врача (для амбулаторно-поликлинической помощи) с атрибутом «an\_sum» равным «11» или «23»;
- Сумма, не подлежащая оплате в связи с превышением согласованных объемов – сумма персональных счетов соответствующего профиля или специальности врача (для амбулаторно-поликлинической помощи) с атрибутом «an\_sum» равным «11» или «23» которая не принята к оплате;
- Сумма не принятая к оплате в связи с превышением согласованных объемов - сумма персональных счетов соответствующего профиля или специальности врача (для амбулаторно-поликлинической помощи) с атрибутом «an\_sum» равным «11» или «23» которая не принята к оплате;
- В т.ч.: до проведения повторного МЭК - сумма в персональных счетах соответствующего профиля или специальности врача (для амбулаторно-

поликлинической помощи) с атрибутом «an\_sum» равным «11» или «23» не принятая к оплате для первичного акта и «0» для повторного акта;

- Сумма, удерживаемая в текущем месяце - сумма персональных счетов соответствующего профиля или специальности врача (для амбулаторно-поликлинической помощи) с атрибутом «an\_sum» равным «11» или «23» не принятая к оплате;
- Сумма, подлежащая удержанию в последующий период – «0».
- Сортировки по: Подразделения МО, Код отделения.
- Группировки по: Подразделения МО, Код отделения.

В строку «Дата представления счетов в СМО (ТФ) медицинской организацией» вносится дата на основании серверной даты импорта данных в базу данных СМО (ТФ).

В строку «Дата проверки счетов (реестров)» вносится дата на основании серверной даты печати заключения.