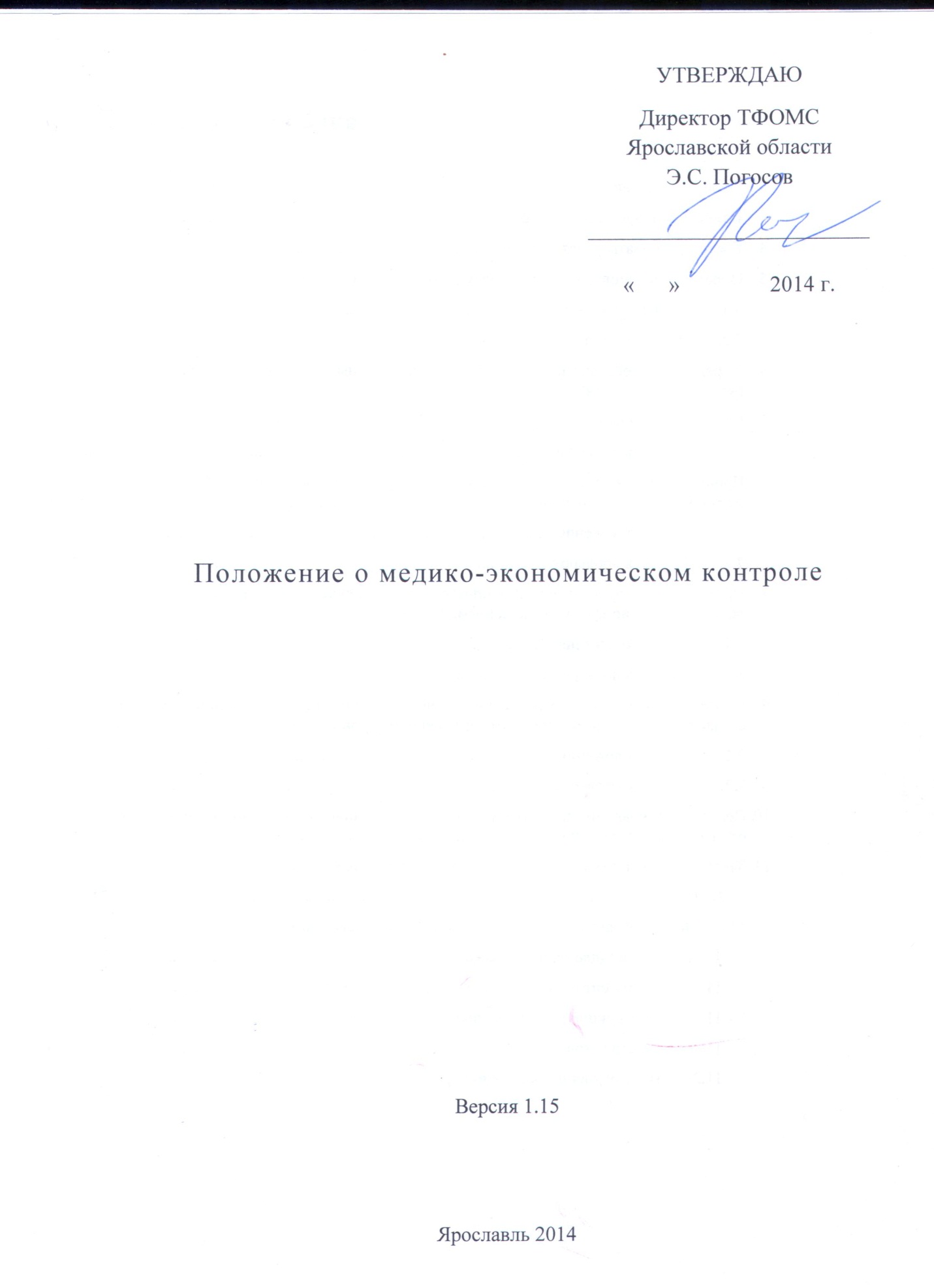
****

# Содержание

[1. Содержание 2](#_Toc349119619)

[2. Общие положения. 3](#_Toc349119620)

[3. Изменения к предыдущей версии. 4](#_Toc349119621)

[4. Состояние оплаты счета. Атрибут «pay» 5](#_Toc349119622)

[5. Определение пациента в базе данных застрахованных. Атрибут «an\_p». 6](#_Toc349119623)

[5.1. Общие положения: 6](#_Toc349119624)

[5.2. Перечень проверок: 7](#_Toc349119625)

[6. Определение действия полиса пациента в базе данных застрахованных на момент оказания услуг. Атрибут «an\_ps». 12](#_Toc349119626)

[6.1. Общие положения: 12](#_Toc349119627)

[6.2. Перечень проверок: 13](#_Toc349119628)

[7. Проверка диагнозов, длительностей и результатов лечения по формальным признакам. Атрибут «an\_mes». 16](#_Toc349119629)

[7.1. Общие положения: 16](#_Toc349119630)

[7.2. Перечень проверок: 17](#_Toc349119631)

[8. Проверка сумм предъявленных к оплате по персональному счету в целом согласно действующим тарифным соглашениям. Атрибут «an\_sum». 35](#_Toc349119632)

[8.1. Общие положения: 35](#_Toc349119633)

[8.2. Перечень проверок: 36](#_Toc349119634)

[9. Проверка сумм одного персонального счета, рассчитанных за оказанные услуги согласно действующим тарифным соглашениям. Атрибут «an\_tariff». 45](#_Toc349119635)

[9.1. Общие положения: 45](#_Toc349119636)

[9.2. Перечень проверок: 46](#_Toc349119637)

[10. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) РФ. 65](#_Toc349119638)

[11. Заключение по проверке реестра пролеченных больных 100](#_Toc349119639)

[11.1. Общие положения 100](#_Toc349119640)

[11.2. Описание заключения для реестров по всем видам помощи 100](#_Toc349119641)

[11.2.1. Акт медико-экономического контроля 100](#_Toc349119642)

[11.2.2. Регламент подписания документа сторонами. 104](#_Toc349119643)

[11.2.3. Инструкция по заполнению табличной формы акта. 104](#_Toc349119644)

[11.2.4. Реестр актов 106](#_Toc349119645)

[11.2.5. Инструкция по заполнению реестра актов. 108](#_Toc349119646)

# 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».

# Изменения к предыдущей версии.

* Добавлены проверки:

в раздел «an\_p» -

в раздел «an\_sum» - 62

в раздел «an\_tariff» - 75

* Изменены формулировки проверок:

в разделе «an\_mes» - 76

в разделе «an\_sum» - 11

в разделе «an\_tariff» - 3, 7, 11, 13, 16, 64, 67, 68, 69, 73, 74

* Удалены проверки:

из раздела «an\_mes» -

из раздела «an\_sum» -

из раздела «an\_tariff» - 48,49

* Перенесены проверки из раздела «an\_sum» в раздел «an\_mes»: 5,37,60 с присвоением номеров 81,82,83

# Состояние оплаты счета. Атрибут «pay»

|  |  |
| --- | --- |
| Код | Результат |
| 1 | Счет принят к оплате |
| 2 | Счет принят к оплате, но будет проведена экспертиза |
| 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, 18

и an\_sum имеет одно из перечисленных значений: 1

и an\_mes имеет одно из перечисленных значений: 1

**«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, 39

и an\_ps имеет одно из перечисленных значений: 2, 3, 18

и an\_sum имеет одно из перечисленных значений: 1.

и an\_mes имеет одно из перечисленных значений: 53, 54, 57, 60, 2, 3, 4, 9, 10, 11, 61, 63, 65, 66, 67, 5, 72, 80

**«Счет не принят к оплате»** может быть выставлен в том случае,

если an\_p имеет одно из перечисленных значений: 1.

или an\_ps имеет одно из перечисленных значений: 1, 4, 12, 14, 15, 16, 17.

или an\_sum имеет одно из перечисленных значений: 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 41, 42, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61.

или an\_mes имеет одно из перечисленных значений: 8, 21, 22, 30, 32, 35, 51, 52, 55, 56, 58, 59, 98, 68, 64, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79.

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

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

## 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.

Очередность запуска автоматических проверок по «an\_p»:

№3 - №11- №12 - №13 - № 14 - №15 - №16 - №17 - №21 - №22 - №31 - №32 - №39 - №1

## Перечень проверок:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Код ТФ ОМС** | **Код ФОМС** | **Результат** | **Автома-тическая обработка** | **Условия при выставлении кода** | **Условия, при которых проверка не запускается** | **Проверяемые типы услуг** | **Заполняемые в результате атрибуты** |
| 1 | 5.1.4.01 | В едином регистре застрахованных лиц пациент не найден / информация о пациенте, выставленном в реестре неидентифицированных лиц, не соответствует требованиям | 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. Либо информация о пациенте, выставленном в реестре неидентифицированных лиц, не соответствует требованиям совместного приказа Департамента здравоохранения и фармации Ярославской области и Территориального фонда ОМС Ярославской области №221/21 от 08.02.2013, 12.02.2013 «Об утверждении Положения об идентификации граждан и учете граждан, не подлежащих идентификации, получивших медицинскую помощь в Ярославской области» | 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 | Все типы, т.к. проверяется общий для всех типов раздел «patients» | Обязательно: «an\_p»;  по желанию: «comment» |
| 3 | 6.01 | Информация о пациенте достаточна и корректна (для застрахованных вне Ярославской области и лиц, выставленных в реестре неидентифицированных). | 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. | − | Все типы | Обязательно: «an\_p»;  по желанию: «comment» |
| 11 | 6.02 | Найден по совокупности атрибутов:  Паспорт, дата рождения, полные Ф.И.О. | 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. | если в разделе «an\_p» уже есть заполненный атрибут «an\_p» с одним из перечисленных значений: 3 | Все типы | Обязательно: «an\_p»;  по желанию: «comment» |
| 12 | 6.03 | Найден по совокупности атрибутов:  Паспорт, дата рождения, фамилия, инициалы. | 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. | если в разделе «an\_p» уже есть заполненный атрибут «an\_p» с одним из перечисленных значений: 3, 11 | Все типы | Обязательно: «an\_p», «name», «patronymic», «sex»;  по желанию: «comment» |
| 13 | 6.04 | Найден по совокупности атрибутов:  Паспорт, полные Ф.И.О. | 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. | если в разделе «an\_p» уже есть заполненный атрибут «an\_p» с одним из перечисленных значений: 3, 11, 12 | Все типы | Обязательно: «an\_p», «birthdate», «sex»;  по желанию: «comment» |
| 14 | 6.05 | Найден по совокупности атрибутов:  Паспорт, фамилия, инициалы. | 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. | если в разделе «an\_p» уже есть заполненный атрибут «an\_p» с одним из перечисленных значений: 3, 11, 12, 13 | Все типы | Обязательно: «an\_p», «name», «patronymic», «birthdate», «sex»;  по желанию: «comment» |
| 15 | 6.06 | Найден по совокупности атрибутов:  Паспорт, инициалы. | 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. | если в разделе «an\_p» уже есть заполненный атрибут «an\_p» с одним из перечисленных значений: 3, 11, 12, 13, 14 | Все типы | Обязательно: «an\_p», «surname», «name», «patronymic», «birthdate», «sex»;  по желанию: «comment» |
| 16 | 6.07 | Найден по совокупности атрибутов:  Паспорт, 4 первых буквы фамилии. | 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. | если в разделе «an\_p» уже есть заполненный атрибут «an\_p» с одним из перечисленных значений: 3, 11, 12, 13, 14, 15 | Все типы | Обязательно: «an\_p», «surname», «name», «patronymic», «birthdate», «sex»;  по желанию: «comment» |
| 17 | 6.08 | Найден по совокупности атрибутов:  Номер паспорта, фамилия, инициалы. | 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. | если в разделе «an\_p» уже есть заполненный атрибут «an\_p» с одним из перечисленных значений: 3, 11, 12, 13, 14, 15, 16 | Все типы | Обязательно: «an\_p», «docser», «name», «patronymic», «birthdate», «sex»;  по желанию: «comment» |
| 21 | 6.09 | Найден по совокупности атрибутов:  Дата рождения, полные Ф.И.О. | 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. | если в разделе «an\_p» уже есть заполненный атрибут «an\_p» с одним из перечисленных значений: 3, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 | Все типы | Обязательно: «an\_p», «doctype», «docser», «docnum», «sex»;  по желанию: «comment» |
| 22 | 6.10 | Найден по совокупности атрибутов:  Дата рождения, Фамилия, Инициалы. | 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. | 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 | Все типы | Обязательно: «an\_p», «doctype», «docser», «docnum», «name», «patronymic», «sex»;  по желанию: «comment» |
| 31 | 6.11 | Найден по совокупности атрибутов:  Полные Ф.И.О. | 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. | 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 | Все типы | Обязательно: «an\_p», «doctype», «docser», «docnum», «birthdate», «sex»;  по желанию: «comment» |
| 32 | 6.12 | Найден по совокупности атрибутов:  Фамилия, Инициалы. | 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. | 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 | Все типы | Обязательно: «an\_p», «doctype», «docser», «docnum», «name», «patronymic», «birthdate», «sex»;  по желанию: «comment» |
| 39 |  | Найден по совокупности атрибутов:  Адрес, инициалы, возраст. | Да | Запускается, если при первичных проверках №3, №11, №12, №13, №14, №15, №16, №17, №21, №22, №31, №32 пациент не был найден. Но по поиску в базе данных СМО по адресу, первой букве фамилии, первой букве имени, первой букве отчества, и при условии разницы в возрасте менее 14 лет пациент однозначно идентифицирован. | если в разделе «an\_p» уже есть заполненный атрибут «an\_p» с одним из значений: 3, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 31,32 | Все типы | Обязательно: «an\_p»;  по желанию: «comment» |

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

## 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.

Очередность запуска автоматических проверок по «an\_ps»:

№1- №12 - №2 - №3 - №18 - №4 - №14 - №15 - №16 - №17

## Перечень проверок:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Код ТФ ОМС** | **Код ФОМС** | **Результат** | **Автома-тическая обработка** | **Условия при выставлении кода** | **Условия, при которых проверка не запускается** | **Проверяемые типы услуг** | **Заполняемые в результате атрибуты** |
| 1 | 6.14 | Проверки не проводились | Да | Персональный счет не подвергался проверкам по «an\_ps», ввиду невозможности определения пациента в БД застрахованных. | − | Все виды услуг | Обязательно: «an\_ ps », «direct»  по желанию: «comment» |
| 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 >= дате начала оказания услуг; дата начала действия полиса <= дате окончания оказания услуг. | если в разделе «an\_ps» уже есть заполненный атрибут «an\_ps» с одним из перечисленных значений: 1 | Все виды услуг | Обязательно: «an\_ ps »;  по желанию: «comment» |
| 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 >= дате начала оказания услуг; дата начала действия полиса <= дате окончания оказания услуг. | если в разделе «an\_ps» уже есть заполненный атрибут «an\_ps» с одним из перечисленных значений: 1, 2 | Все виды услуг | Обязательно: «an\_ps», «polisser», «polisnum», «begin\_date», «end\_date»;  по желанию: «comment» |
| 4 | 5.2.4.01 | На указанный период пациент в данной СМО не застрахован. | Да | 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. | если в разделе «an\_ps» уже есть заполненный атрибут «an\_ps» с одним из перечисленных значений: 1, 2, 3, 5, 6 | Все виды услуг | Обязательно: «an\_ ps »;  по желанию: «comment» |
| 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 нахождении его в этой БД. ТФ ОМС прописывает серию и номер полиса ОМС ЯО. | если в разделе «an\_ps» уже есть заполненный атрибут «an\_ps» с одним из перечисленных значений: 1 | Все виды услуг | Обязательно: «an\_ps», «polisser», «polisnum», «begin\_date», «end\_date»;  по желанию: «comment» |
| 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. | если в разделе «an\_ps» уже есть заполненный атрибут «an\_ps» с одним из перечисленных значений: 1 | Все виды услуг | Обязательно: «an\_ ps »;  по желанию: «comment» |
| 15 | 5.2.2.07 | Номер паспорта не может совпадать с номером полиса | Да | Серия и номер документа удостоверяющего личность не может совпадать с номером полиса по другой территории. Применяется только ТФ ОМС ЯО. | если в разделе «an\_ps» уже есть заполненный атрибут «an\_ps» с одним из перечисленных значений: 1 | Все виды услуг | Обязательно: «an\_ ps »;  по желанию: «comment» |
| 16 | 5.2.2.08 | Полис не действует по данным другой территории | Да | Полис с таким номером и такой территорией предъявлялся ранее, не подтвержден регистром ФФОМС и отказан другой территорией, как не действующий. | если в разделе «an\_ps» уже есть заполненный атрибут «an\_ps» с одним из перечисленных значений: 1 | Все виды услуг | Обязательно: «an\_ ps »;  по желанию: «comment» |
| 17 | 5.2.2.09 | Код территории и серия полиса старого образца не могут применяться на данной территории | Да | Серия полиса старого образца не входит в перечень оформляемых серий данной территории. | если в разделе «an\_ps» уже есть заполненный атрибут «an\_ps» с одним из перечисленных значений: 1 | Все виды услуг | Обязательно: «an\_ ps », «direct»  по желанию: «comment» |
| 18 | 6.17 | Предоставленная информация удовлетворяет требованиям совместного приказа ДЗиФ ЯО и ТФОМС ЯО №221/21 от 08.02.2013, 12.02.2013 | Да | Предоставленная информация удовлетворяет требованиям совместного приказа Департамента здравоохранения и фармации Ярославской области и Территориального фонда ОМС Ярославской области №221/21 от 08.02.2013, 12.02.2013 «Об утверждении Положения об идентификации граждан и учете граждан, не подлежащих идентификации, получивших медицинскую помощь в Ярославской области» | если в разделе «an\_ps» уже есть заполненный атрибут «an\_ps» с одним из перечисленных значений: 1 | Все виды услуг | Обязательно: «an\_ ps »;  по желанию: «comment» |

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

## 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 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.

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 - №63 - №66 - №5 - №2 - №10 - №75 - №76 - №77 - №78 - №79 - №80 - №81 - №82 - №83 - проверки выставленные вручную - №1

## 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** | **Экс-пер-тиза** | **Автома-тическая обработка** | **Условия при выставлении кода** | **Условия, при которых проверка не запускается** | **Проверяе-мые типы услуг** | **Заполняемые в результате атрибуты** |
| 1 | 6.17 | Нет замечаний. | Для всех | Да | Нет | Да | Выставляется после проведения всего блока проверок | 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 | все виды услуг | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 2 | 3.3.1.01 | Превышены сроки лечения на 50% от стандарта. | Для всех | Да | Да | Да | Сроки пребывания пациента в стационаре превышены на 50% от стандарта (стандарт = 100%). | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98, 21, 22, 30, 5 | кругло-суточный стационар (закончен-ный случай) | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 3 | 3.4.01 | Соответствующий МЭС результат лечения не достигнут. | Основной | Да | Да | Нет | Выполняется на основании экспертных результатов лечения, установленных в СМО | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98, 4, 21, 22, 30 | стационар всех типов | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 4 | 3.2.5.01 | Летальный исход в стационаре. Соответствующий МЭС результат лечения не достигнут | Основной | Да | Да | Да | Поле «Result» имеет значение в стационарном счете «5». Если выставлено данное значение, то другие поводы к экспертизе не выставляются. | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98 | стационар всех типов | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 5 | 3.3.1.02 | Превышены сроки лечения по случаю лечения, и медицинская организация претендует на полное возмещение | Для всех | Да | Да | Да | Персональные счета поданы в файле с признаком «expert», равным «1» | 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 | Кругло-суточный стационар (закончен-ный случай) | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 8 | 5.1.4.12 | Диагноз не соответствует возрасту пациента | Основной | Нет | Нет | Да | Выполняется на основании экспертных возрастов пациента по диагнозам, установленных в СМО | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98 | все виды услуг | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 9 | 3.11.01 | Осложнения, связанные с медицинским вмешательством | Для всех | Да | 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 | 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 –  С00-С97, D00-D89;  О00-O99 (при экстренной госпитализации);  Z51.0-Z51.2 в круглосуточном и дневном стационара; пациенты младше 2 лет 11 мес. 29 дней при экстренной госпитализации независимо от профиля оказанной медицинской помощи; «Паллиативная помощь и сестринский уход» при оказании медицинской помощи в круглосуточном стационаре (2,3 символ КЗГ – «80») | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98 | стационар всех типов | Обязательно: «an\_mes», «provcode», «provname», «n\_pp», «curestart», «cureend», «doctor»;  по желанию: «comment» |
| 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 | Да | Нет | Причины могут быть любые. |  |  |  |
| 21 | 5.1.4.13 | В МКБ – X нет указанной рубрики (подрубрики) диагноза | Для всех | Нет | Нет | Да | Код диагноза из 3 или 5 символов в справочнике МКБ - Х не найден | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98 | все типы услуг | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 22 | 5.1.4.14 | В диагнозе не указана подрубрика | Основной | Нет | Нет | Да | Не выставлен 5 символ по МКБ - Х при наличии таких значений в справочнике. Для поликлиники только для основного диагноза и уточненных диагнозов. | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98, 21 | все типы услуг | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 30 | 5.1.4.15 | Диагноз не соответствует полу пациента | Для всех | Нет | Нет | Да | Выполняется в соответствии с разделом «Рубрики, касающиеся только одного пола» справочника МКБ - Х пересмотра | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98, 21, 22 | все типы услуг | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 32 | 5.3.1.01 | Диагноз не входит в программу ОМС Ярославской области | Основной | Нет | Нет | Да | Код диагноза не подлежит оплате по ОМС, согласно информационному письму от 01.06.2012 № 2866 (только для базовой программы). | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98, 8 | Поликлини-ка (услуги), СМП | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 35 | 5.1.4.16 | Заявленный диагноз не соответствует указанной услуге. | Основной | 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 | 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 или анестезиологом – реаниматологом, прошедшим специальное обучение, дата окончания услуги может быть больше даты выписки из стационара, при этом выписка пациента произошла из акушерского отделения | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98 | стационар всех типов (закончен-ный случай) | Обязательно: «an\_mes», «ksg»;  по желанию: «comment» |
| 52 | 5.4.1.01 | Выставленный к оплате код  МКБ - X в соответствующей КПМУ/КЗГ не входит в перечень разрешенных диагнозов данной КПМУ/КЗГ. | - - | Нет | Нет | Да | Диагноз, выставленный к оплате по КЗГ не является основным или осложнением в данной КЗГ. Основной диагноз выставленный по КПМУ не входит в данную КПМУ. (атрибут «mkb» раздела «transfers» либо «polyclinic») | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98 | Поликли-ника (закончен-ный случай), стационар всех типов (закончен-ный случай) | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 53 | 3.3.1.03 | Дополнительная услуга совершена в день выписки | -- | Да | 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», «7», «8», «9»; в персональном счете предъявлена к оплате одна из КСГ: 124104420, 124104480, 424104480, 424106000, 300100870. | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98 | стационар всех типов (закончен-ный случай) | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 54 | 3.8.01 | КЗГ по заболеванию не соответствует коду профиля оказанной медицинской помощи (при плановой госпитализации в круглосуточный и дневной стационар) | -- | Да | Да | Да | Не соответствие профиля КЗГ (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 (с обязательным заполнением обоснования причины непрофильной госпитализации в поле «act\_expert» в соответствии с актом внутриведомственной экспертизы, который храниться в истории болезни). | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98 | стационар всех типов (закончен-ный случай) | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 55 | 5.4.1.02 | КЗГ диагноза не предполагает оперативных пособий | -- | Нет | Нет | Нет | В счете присутствует КЗГ за оперативное пособие, а КЗГ диагноза строго без оперативных пособий |  |  |  |
| 56 | 5.4.2.01 | КЗГ диагноза предполагает оперативное пособие | -- | Нет | Нет | Да | В счете отсутствует КЗГ за оперативное пособие, а КЗГ диагноза строго с оперативным пособием. Исключение составляют: результат лечения в круглосуточном стационаре равный «5», «7», «8», «9» при отсутствии для данного диагноза соответствующего профильного КЗГ, где наличие оперативного пособия необязательно, при сроке госпитализации не менее 40% от стандарта лечения. | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98 | стационар всех типов (закончен-ный случай) | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 57 | 3.4.02 | КЗГ диагноза имеет минимально допустимую длительность законченного случая и в этом же персональном счете выставлена КЗГ реанимации | -- | Да | Да | Да | КЗГ диагноза имеет длительность 80% от стандарта лечения и в этом же персональном счете выставлено КЗГ реанимации. Исключение при проведении проверки составляют: результат лечения в круглосуточном стационаре равен «5», «7», «8», КЗГ 300100870. | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98 | Кругло-суточный стационар (закончен-ный случай) | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 58 | 5.4.2.02 | Предъявленная КЗГ предполагает наличие диагноза осложнения | -- | Нет | Нет | Да | В счете присутствует КЗГ с наличием диагноза осложнения, а персональный счет не содержит информации о диагнозе осложнении | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98 | стационар всех типов (закончен-ный случай) | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 59 | 5.7.3.01 | Частые обращения (только для поликлиники) | Основной | Нет | Нет | Да | Если промежуток между датами выставления обращений в рамках одной медицинской организации по одной и той же услуге, коду специальности врача и диагнозу по МКБ – X, совпадающему по 3-м символам, меньше или равен 6 календарным дням (исключения: стоматология, доврачебная медицинская помощь по специальности стоматология; услуги скорой медицинской помощи; услуги-констультации, выполненные к врачам-специалистам, предшествующие оказанию КПМУ).  Проверке подлежат случаи с поводами посещений: 1,2,4,5,15 | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 68, 98 | Поликли-ника | Обязательно для всех найденных по проверке услуг: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 60 | 3.3.1.04 | Частые посещения на дому (только для поликлиники) | Основной | Да | 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: С00-D49, I60-I64, I69.  Проверка не распространяется на пациентов младше 2 лет 11 мес. 29 дней. | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 68, 98 | Поликли-ника (любая система оплаты) | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 61 | 3.4.03 | Повторная услуга в реанимации за период лечения |  | Да | Да | Да | Более одного реанимационного пособия за период лечения. Исключение составляют реанимационные пособия с признаком «child» или КЗГ 300100870. | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98 | Кругло-суточный стационар (закончен-ный случай) | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 63 | 3.3.1.06 | Перевод больного на дневной стационар при сроке лечения равном 80% длительности КЗГ | -- | Да | Да | Да | Дата начала лечения в дневном стационаре в течение 3 дней после окончания лечения в круглосуточном стационаре (срок лечения = 80% длительности КЗГ) | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98 | стационары всех типов (любой системы оплаты) | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «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 |
| 64 | 5.1.4.18 | Летальный исход в поликлинике | Основной | Нет | Нет | Да | Поле «Result» имеет значение в поликлиническом счете «11» | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98 | Поликли-ника (любой системы оплаты) | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 65 | 3.4.04 | Короткие сроки госпитализации при законченном случае лечения | -- | Да | Да | Да | Сроки пребывания пациента в стационаре меньше 50% от стандарта установленного Тарифным соглашением (стандарт = 100%) | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98,4 | стационар всех типов (закончен-ный случай) | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 66 | 3.3.1.07 | Более 3-х оперативных пособий за период лечения | -- | Да | Да | Да | В персональном счете 3 и более оперативных пособий (за исключением офтальмологических и оториноларингологических операций, а также за исключением КЗГ: 113102450, 113102460, 113102470) | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98 | Кругло-суточный стационар (закончен-ный случай) | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 67 | 3.9.01 | Количество посещений к врачу не соответствует выставленному диагнозу | Основной | Да | Да | Нет |  |  |  |  |
| 68 | 5.7.2.01 | Более одного первичного посещения в одном персональном счете по одной специальности в одной медицинской организации | -- | Нет | Нет | Да | В одном персональном счете по одной специальности более одной первичной услуги для одной медицинской организации | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98 | Поликли-ника (любая система оплаты) | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 70 | 5.4.2.04 | Отсутствие акта экспертного контроля от медицинской организации | -- | Нет | Нет | Да | Поле «act\_expert» для данного случая не заполнено (для случаев требующих обязательного наличия акта внутриведомственной экспертизы). Исключение: медицинская помощь, оказанная по сверх базовой программе ОМС |  |  |  |
| 71 | 5.4.2.05 | Отсутствие обоснования в акте экспертного контроля от медицинской организации | -- | Нет | Нет | Нет | Не обоснованность причины превышения или непрофильной госпитализации в поле «act\_expert» для данного случая, в соответствии с актом внутриведомственной экспертизы, который храниться в истории болезни |  |  |  |
| 72 | 3.8.02 | КЗГ по заболеванию не соответствует коду профиля оказанной медицинской помощи (при экстренной госпитализации в круглосуточный стационар) | -- | Да | Да | Да | Не соответствие профиля КЗГ (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 (с обязательным заполнении обоснования причины непрофильной госпитализации в поле «act\_expert», в соответствии с актом внутриведомственной экспертизы, который храниться в истории болезни). | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98 | Кругло-суточный стационар (закончен-ный случай) | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 75 | 5.4.2.08 | Несоответствие диагноза по МКБ-Х коду оказанной стоматологической услуги. | --- | 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. | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98 | Поликли-ника (закончен-ный случай) | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 76 | 5.4.2.09 | Несоответствие кода специальности медработника коду оказанной стоматологической услуги. | --- | Нет | Нет | Да | Простые стоматологические услуги 60112 или 60212 могут использоваться специалистами с кодом специальности- 3,171,173,174, 176,177.  Врач-педиатр (код специальности 22) не может быть использован для кода услуги 40682 и/или 40684 при проведении комплексного обследования в Центре здоровья для детей. Врач – терапевт (код специальности 27) не может быть использован для кодов услуг 41705, 41706, 40682, 40684 при проведении комплексного обследования в Центре здоровья для взрослых. | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98 | Поликли-ника | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 77 | 5.5.1.01 | Несоответствие кода стоматологической услуги и медицинской организации, в которой она была оказана. | --- | Нет | Нет | Да | 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:  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;  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 | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98 | Поликли-ника | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 78 | 5.4.2.10 | В персональном счете указаны не все услуги входящие в КПМУ | --- | Нет | Нет | Да | В персональном счете должны быть перечислены все обязательные к выполнению медицинские услуги (частота предоставления = 1), входящие в состав КПМУ. | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98 | Поликли-ника | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 79 | 5.7.2.02 | Пересечение персональных счетов по времени лечения в амбулаторно – поликлинических условиях по одной и той же специальности (включая родственные) | --- | 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 счёте (включая родственные). | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98 | Поликли-ника | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 80 |  | Услуга «Неотложная помощь» и посещение на дому в один день | --- | Да | Да | Да | В один день пациенту оказаны услуги на дому и «Неотложная помощь» | если в разделе «an\_mes» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 98 | Поликлини-ка (услуги) | Обязательно для обеих услуг: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |
| 81 |  | Пересечение выставленных услуг в разных персональных счетах в пределах Ярославской области | Для основного | да | да | да | Для счетов, поданных к оплате в один отчетный период: 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 счетов, поданных к оплате в разные отчетные периоды: оплаченный счет за медицинские услуги с более ранней датой выписки из лечебного учреждения подлежит обязательной экспертизе. | если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 3, 6, 7, 8 | стационар всех типов | Обязательно в обоих персональных счетах: «an\_sum», «provcode», «provname», «date\_1», «n\_pp», «curestart», «cureend», «doctor»;  по желанию: «comment» |
| 82 |  | Пересечение выставленных услуг в разных персональных счетах в пределах медицинских организаций Ярославской области для застрахованного в одной СМО | Для основного | да | да | да | Для персональных счетов, поданных к оплате в один отчетный период: 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 счетов, поданных к оплате в разные отчетные периоды: оплаченный счет за медицинские услуги с более ранней датой выписки из лечебного учреждения подлежит обязательной экспертизе.  Для круглосуточного, дневного стационаров и стационара на дому. | если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 5 | стационар всех типов | Обязательно для одного из персональных счетов: «an\_sum»,  «xkey»,  по желанию: «comment» |
| 83 |  | Пациент не прикреплен к данной МО, диспансеризация не может быть оказана | Для основного | да | да | Да – для СМО  Нет – для ТФОМС | Пациент не прикреплен к данной МО, диспансеризация не может быть оказана | - | поликлиника | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 98 | 6.04 | Проверки не запускались | Для всех | Нет | Нет | Да | Персональный счет не подвергался проверкам по «an\_mes», ввиду отсутствия пациента в базе данных | − | все виды услуг | Обязательно: «an\_mes»;  по желанию: «comment» |

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

## 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.

Очередность запуска проверок по «an\_sum»:

№8 – №6 - №28 – №3 – №5 - №36 – №37 - №42 - №16 – №9 – №10 – №13 – №14 - №23 - №34 - №11- №12 - №17 - №18 - №19 - №20 - №24 - №25 - №27 - №41– №49- №50 - №51 - №53 −№54 −№55 −№56 −№57 -№58 - №59 - №60 - №61 -№62 - проверки выставленные вручную – №1

## Перечень проверок:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Код ТФ ОМС** | **Код ФОМС** | **Результат** | **Автома-тическая обработка** | **Условия при выставлении кода** | **Условия, при которых проверка не запускается** | **Проверяемые типы услуг** | **Заполняемые в результате атрибуты** |
| 1 | 6.18 | Нет замечаний | Да | Выставляется в случае, если по проверкам, проведенным в обязательном порядке - №2, №3, №4, №5, №6, №7 нет замечаний. | если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 2, 3, 4, 5, 6, 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, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51 | все виды услуг | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 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. | если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 7, 8 | все виды услуг | Обязательно в одном из персональных счетов: «an\_sum», «date\_1», «n\_pp», «curestart», «cureend», «doctor»;  по желанию: «comment» |
| 6 | Первый дефект, описанный в an\_tariff, не печатается в акте медико-экономического контроля | Ошибка описана в an\_tariff | Да | Выставляется только на основании ошибок выставленных в «an\_tariff», кроме значения в «an\_tariff» равное «17» . | − | все виды услуг | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 8 | 6.19 | Проверки не запускались | Да | Выставляется только на основании ошибки выставленной в «an\_tariff» со значением «17». | − | все виды услуг | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 9 | 5.4.1.04 | Одинаковые КЗГ по заболеваниям | Да | 2-а КЗГ по заболеваниям в одном персональном счете одинаковые | если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 8 | кругло-суточный стационар (законченный случай) | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 10 | 5.1.5.01 | Неверно количество услуг в КЗГ | Да | При выставлении 2-х КЗГ в одном персональном счете неверно распределено между ними количество койко-дней, которые влияют на стоимость лечения | если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 8, 9 | кругло-суточный стационар (законченный случай) | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 11 | 5.3.2.01 | Превышение государственного задания | Да | Медицинская организация превысила государственное задание по количеству случаев госпитализации в круглосуточном стационаре (в разрезе профилей оказанной медицинской помощи), по пациенто-дням в дневном стационаре, по посещениям при оказании амбулаторно-поликлинической помощи.  (Данная проверка не распространяется при обработке ТФ ОМС требований на оплату помощи гражданам, застрахованным вне территории Ярославской области). | если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 8, 23 | стационар всех типов (любая система оплаты) | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 12 | 5.3.2.05 | Превышение финансового плана 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, по дневным стационарам, по посещениям при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий Данная проверка не распространяется при обработке ТФ ОМС требований на оплату помощи гражданам, застрахованным вне территории Ярославской области). | если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 8 | круглосуточный стационар, дневной стационар, СМП | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 13 | 5.1.6.01 | Превышен максимальный срок представления персонального счета к оплате | Да | Выставляется: для впервые поданного на оплату персонального счета - сдан позднее 3 отчетных периодов с момента окончания услуги. При повторном выставлении счета прошло с последнего выставления более 2-х месяцев. | − | все виды услуг | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 14 | 5.1.5.02 | Сумма, предъявленная к оплате не равна сумме всех персональных счетов по реестру (для данного типа цен) | Да | Сумма, указанная в «amountl» не равна сумме значений атрибута «suml» всех персональных счетов данного реестра по конкретному бухгалтерскому счету (для каждого типа цен) | − | все виды услуг | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 15 | 5.3.3.01 | Оплата страхового случая произведена по другому источнику финансирования | Да | Страховой случай по данным фонда социального страхования признан подлежащим оплате по линии ФСС |  |  |  |
| 16 | 5.4.1.05 | Персональный счет не соответствует бухгалтерскому счету, первично предъявленному в данную СМО | Да | Если персональный счет предъявляется на оплату впервые в данную СМО, то поля «invnumber» и «invdate» должны быть пустыми, если персональный счет предъявлен на оплату в системе ОМС повторно в одну и ту же СМО, то поля «invnumber» и «invdate» должны быть заполнены соответствующими значениями бухгалтерского счета, по которому персональный счет выставлялся в данную СМО впервые. | если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 7, 8, 3, 5 | Все виды услуг | Обязательно для счета текущего периода: «an\_sum», «date\_1», «n\_pp», «curestart», «cureend», «doctor»;  по желанию: «comment» |
| 17 | 5.1.5.03 | Сумма персонального счета не соответствует сумме всех услуг, входящих в персональный счет (по соответствующему типу) | Да | Сумма персонального счета не соответствует сумме всех услуг, входящих в персональный счет (по соответствующему типу). | − | все виды услуг | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 18 | 5.1.5.04 | Итоговая сумма в персональном счете не равна сумме остальных типов данного персонального счета | Да | Итоговая сумма персонального счета (с типом «0») не равна сумме остальных типов данного персонального счета | − | все виды услуг | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 19 | 5.1.5.05 | Некорректна итоговая сумма, предъявленная к оплате по данному бухгалтерскому счету (не равна сумме остальных типов данного счета) | Да | Итоговая сумма по бухгалтерскому счету (с типом «0») не равна сумме остальных типов данного счета | − | все виды услуг | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 20 | 5.1.5.06 | Сумма по всему файлу-реестру не соответствует сумме предъявленной на оплату по всем бухгалтерским счетам (по соответствующему типу) | Да | Сумма по всему файлу-реестру не соответствует сумме предъявленной на оплату по всем бухгалтерским счетам (по соответствующему типу). | − | все виды услуг | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 23 | 5.3.2.02 | Отсутствует государственное задание | Да | Выставляется при отказе персонального счета от оплаты по причине отсутствия у медицинской организации государственного задания на предъявленный к оплате вид медицинской помощи (профиль) | если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 8 | все виды помощи | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 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. | если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 8 | поликлиника | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 25 | 5.7.3.02 | Динамическое наблюдение выполнено в период проведения комплексного обследования | Да | Динамическое наблюдение выполнено в день окончания комплексного обследования | если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 8 | поликлиника | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 26 | 5.4.2.12 | Отсутствует первое комплексное обследование | Да | Динамическое наблюдение возможно только после проведения первого комплексного обследования. Исключение составляют услуги, выставленные к оплате с поводом посещения 12-«школа здоровья» | если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 8 | поликлиника | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 27 | 5.1.3.05 | Направление содержит неполную информацию. | Да | При наличии направления не заполнен один из обязательных атрибутов: дата, направившее учреждение, диагноз. | если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 8 | поликлиника | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 28 | 5.1.1.02 | Ранее был предъявлен файл с такими же атрибутами (год, месяц, ОГРН МО, КПП МО) | Да | Файл с атрибутами (год, месяц, огрн, кпп) был предъявлен к оплате ранее. | если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 8 | все виды услуг | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 36 | 5.7.1.04 | Повторное выставление персонального счета в ту же СМО | Да | Данный персональный счет принят к оплате в других реестрах данной медицинской организации (в этом же или предыдущих периодах) этой же СМО. | если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 3 | Все виды услуг | Обязательно для одного из персональных счетов: «an\_sum», «xkey»  по желанию: «comment» |
| 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. | если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 37 | стационар всех типов | Обязательно для обоих персональных счетов: «an\_sum», «date\_1», «n\_pp», «curestart», «cureend», «doctor»;  по желанию: «comment» |
| 49 | 5.1.3.07 | Медицинской организацией представлен не полный набор документов | Да | Медицинская организация не представила или представила бухгалтерский счет или измененную часть бухгалтерского счета с суммами не соответствующими электронному реестру | − | все виды услуг | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 50 | 3.5.02 | Отсутствие основания к плановой госпитализации | Да | Для круглосуточного, дневного стационаров и стационаров на дому обязательно должен быть заполнен атрибут: направление (Основание – Приказ Минздравсоцразвития от 26.04.12 №406Н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»). | − | стационар всех типов | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 51 | 3.5.03 | Отсутствие основания к экстренной госпитализации | Да | Для круглосуточного стационара обязательно должен быть заполнен один из трех атрибутов: направление, доставлен СМП или самообращение (Основание – Приказ Минздравсоцразвития от 26.04.12 №406Н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»). | − | стационар всех типов | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 53 | 5.3.2.17 | Превышение ежемесячного лимита суммы средств, выделенных из бюджета субъекта на медицинские услуги, оказанные в рамках сверх базовой программы ОМС | Да | Превышен ежемесячный лимит суммы средств, которые были выделены из бюджета субъекта на оказание медицинской помощи в рамках сверх базовой программы ОМС. | если в разделе «an\_sum» уже есть заполненный атрибут «an\_sum» с одним из перечисленных значений: 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35,36,37, 41, 42, 48, 49, 50, 51 | все виды услуг | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 54 | 5.4.1.07 | Некорректно указана выставленная к оплате КПМУ | Да | Для проведения диспансеризации или медицинского осмотра должна быть выставлена КПМУ по возрасту; при выставлении КПМУ «577100600» или «577100610» должен быть указан код льготы пациента (010, 011, 020, 050, 030-034, 060-063, 140, 150) | − | поликлиника | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 55 | 5.1.3.06 | При направлении на консультацию не указана специальность врача-консультанта | Да | При направлении на консультацию (тип направления «3») не заполнен раздел консультантов | − | поликлиника | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 56 | 5.1.3.07 | При направлении на диагностические или лабораторные обследования не указаны коды манипуляций | Да | При направлении на дополнительные диагностические или лабораторные обследования (типы направлений «4» или «5») не заполнен раздел манипуляций | − | поликлиника | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 57 | 5.1.3.08 | Формирование номера направления не соответствует приказу ДЗиФ ЯО №1918 от 07.08.2013г. | Да | Номер направления не соответствует алгоритму формирования номера согласно приказу департамента здравоохранения и фармации Ярославской области №1918 от 07.08.2013 «Об утверждении формы талона-направления» (Первые 2 символа кода должны соответствовать кодировке медицинской организации по ТФ ОМС ЯО, следующие 11 символов – это порядковый номер направления в МО). Номер должен быть уникальным. | − | Все виды помощи | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 58 | 5.1.3.09 | При направлении на плановую госпитализацию не указан профиль койки | да | При направлении на плановую госпитализацию (тип направления «1», «2», «6», «8») не указан профиль койки | − | стационары | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 59 | 5.1.5.18 | Предъявленная сумма по исправленной части реестра больше суммы, отказанной от оплаты по соответствующему бухгалтерскому счету | да | Предъявленная сумма по исправленной части реестра больше суммы, отказанной от оплаты по соответствующему бухгалтерскому счету | - | Все виды помощи | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 61 | 5.3.2.18 | Превышение финансового плана по стационарной помощи в рамках реализации программы ВМП за счет средств ОМС | да | Выставляется при отказе персонального счета от оплаты из-за превышения медицинской организацией финансового плана по стационарной помощи в рамках реализации программы ВМП за счет средств ОМС | - | Стационар круглосуточный | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |
| 62 | 5.3.2.19 | Превышение государственного задания по ВМП | да | Медицинская организация превысила государственное задание по количеству случаев госпитализации в круглосуточном стационаре при оказании ВМП в разрезе профилей оказанной медицинской помощи.  (Данная проверка не распространяется при обработке ТФ ОМС требований на оплату помощи гражданам, застрахованным вне территории Ярославской области) | - | Стационар круглосуточный | Обязательно: «an\_sum»;  по желанию: «comment» |

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

## 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.

Очередность запуска проверок по «an\_tariff»:

№17 – №2 – №7 – №8 – №6 - №44 – №30 − №5 – №3 – №13 – №11 – №12 − №49 − №48 − №45 – №10 – №29 – №24 – №21 – №25 – №20 − №15 – №16 – №18 – №19 – №23 − №31 − №35 − №36 − №43 − №46 − №47 − №50 − №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 ­− №1

## Перечень проверок:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Код ТФ ОМС** | **Код ФОМС** | **Результат** | **Условия при выставлении кода** | **Условия, при которых проверка не запускается** | **Проверяемые типы услуг** | **Заполняемые в результате атрибуты** |
| 1 | 6.20 | Нет замечаний. | Выставляется в случае, если по проверкам, проведенным в обязательном порядке нет замечаний. | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из значений, отличных от 1 | все виды услуг | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 2 | 5.4.1.06 | Несуществующий код услуги | Код услуги не найден в электронном файле тарифного соглашения. | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | все виды услуг | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 3 | 5.4.2.13 | Тариф услуги не соответствует действующему тарифному соглашению | Для стационаров всех типов и СМП: заявленный в счете тариф не соответствует действующему тарифному соглашению  За исключением случаев по ВМП: в случаях выставления КЗГ по ВМП отмеченных \*\* тариф за оказанные операции, реанимации и дополнительные услуги должен быть=0, в случае превышения установленного срока лечения, тариф не увеличивается  Для амбулаторно-поликлинической помощи:   1. Если медицинская организация (МО) входит в подушевое финансирование и услуга входит в программу подушевого финансирования, а также пациент прикреплен к данной МО, то тариф за услугу должен быть=0 2. Если МО входит в подушевое финансирование, а услуга сверхподушевого финансирования, то тариф данной услуги должен быть равен тарифу, установленному соответствующим приложением действующего ТС 3. Если МО входит в подушевое финансирование, но пациент не прикреплен к данной МО, то при наличии корректно заполненного направления тариф услуги должен быть равен тарифу, установленному соответствующим приложением действующего ТС 4. В случаях когда МО не входит в подущевое финансирование тариф услуги должен быть равен тарифу, установленному соответствующим приложением действующего ТС 5. При выставлении услуг по МТР тариф услуги должен быть равен тарифу, установленному соответствующим приложением действующего ТС 6. В случаях если услуга, обязательная к исполнению, выполнена в другой МО в рамках проведения диспансеризации или медицинского осмотра, то при наличии направления, выписанного на данную услугу в стороннюю МО, тариф КПМУ должен быть уменьшен на стоимость данной услуги (услуг), выполненных сторонней МО | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 5 | все виды услуг | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 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). | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 30 | Все виды услуг | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 6 | 5.5.1.02 | Медицинская услуга, предъявленная к оплате, не лицензирована | Проверяется в соответствии с лицензиями медицинской организации. | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2 | Все виды услуг | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 7 | 5.3.1.02 | Несуществующий код специальности медработника | Код специальности не найден в справочнике специальностей | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | все виды услуг | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 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 | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 7 | все виды услуг | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 10 | 5.7.5.01 | Данная услуга оказана во время лечения в круглосуточном стационаре другой МО 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), амбулаторные услуги, оказанные пациенту при нахождении его в стационаре (всех типов) по сверхбазовой программе ОМС) | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 12 | посещения в поликли-нике | Обязательно: «an\_tariff», «date», «provcode», «provname», «doctor», «curestart», «cureend»;  по желанию: «comment» |
| 11 | 5.7.2.03 | Дублирование услуги в реестре, в разных персональных счетах | Код специальности, код услуги, дата оказания (начала оказания) услуги (для стационаров с учетом времени) имеется в реестре данной медицинской организации более одного раза в разных персональных счетах (для услуг по КТ и МРТ наличие времени выполнения обязательно) | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 6 | все виды услуг | Обязательно для поликлиники «an\_tariff», «n\_pp», «doctor», «spec», «date\_1», «service», «servcount»;  Обязательно для стационара (любого типа): «an\_tariff», «n\_pp», «curestart», «cureend», «doctor», «spec», «date\_1», «ksg», «count\_d», «prof\_oms»;  По желанию: «comment» |
| 12 | 5.7.1.02 | Услуга принята к оплате (в объемы) ранее | СМО указывает в ответе номер счета в файле, по которому оплата прошла ранее | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 6 | все виды услуг | Обязательно для поликлиники «an\_tariff», «date», «provcode», «provname», «n\_pp», «doctor», «spec», «date\_1», «service», «servcount»;  Обязательно для стационара (любого типа): «an\_tariff», «date», «provcode», «provname», «n\_pp», «curestart», «cureend», «doctor», «spec», «date\_1», «ksg», «count\_d», «prof\_oms»;  По желанию: «comment» |
| 13 | 5.7.2.04 | Дублирование услуги в реестре, в одном персональном счете | Код специальности, код услуги, дата оказания (начала оказания) услуги (для стационаров с учетом времени) имеется в данном реестре более одного раза в одном персональном счете, включая оперативные и реанимационные пособия (исключение: персональные счета, где заполнено поле «child» в разделе «reanimations») (для услуг по КТ и МРТ наличие времени выполнения обязательно) | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 6 | Все виды помощи | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 15 | 5.4.2.16 | Некорректно выставленная услуга | Код КЗГ 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. Исключение: лица старше 18 лет, при оказании медицинской услуги по профилю педиатрия при диагнозах: Z34.0, Z34.8, Z34.9. | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 6, 12, 20 | Поликлини-ка (услуги), стационар всех типов | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 16 | 5.4.2.17 | Услуга не соответствует возрасту пациента | Не совпал 4-ый символ КЗГ (за исключением отсутствия детского или взрослого, для лиц 15-17 лет 11 месяцев 29 дней, отсутствие КЗГ соответствующего профиля для взрослого или детского населения при обязательном заполнении поля «act\_expert») или возрасту, указанному в соответствующем приложении Положения о нормативно-справочной информации.  Исключение: лица старше 18 лет, при оказании медицинской услуги по профилю педиатрия при диагнозах: Z34.0, Z34.8, Z34.9.  Возраст при проведении диспансеризации и медицинских осмотров не соответствует приказам МЗ РФ:  − от 03.12.2012 №1006н «Об утверждении Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»,  − от 06.12.2012 №1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра»,  − от 21.12.2012 №1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них». | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 6, 12, 15, 20 | все виды услуг | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 17 | 6.21 | Проверки не запускались | Персональный счет не подвергался проверкам по «an\_tariff», ввиду невозможности определения возраста пациента | − | все виды услуг | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 18 | 5.4.2.18 | Диагноз, указанный в переводе для КЗГ не отражен в диагнозах для персонального счета | Диагноз, указанный в переводе для КЗГ не отражен в диагнозах карты (исключение составляет: при предъявлении 2-х КЗГ в одном персональном счете профиль «Патология беременности» не проверяется) | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 12, 13, 17 | стационар (всех типов) (закончен-ный случай) | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 19 | 5.4.2.19 | Несоответствие профилей при подаче 2-х КЗГ по заболеваниям | Для круглосуточного стационара: если в одном персональном счете предъявлено 2 КЗГ на оплату, но 2 и 3 цифры КЗГ не 43 и 42, не 62 и 28 и не 63 и 28 (другие КЗГ не должны фигурировать), при этом сроки пребывания в отделении со 2,3 символом КЗГ 62 или 63 должны быть не менее 7 дней.  Для дневного стационара / стационара на дому: если в одном персональном счете предъявлено 2 КЗГ на оплату | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_mes» с одним из перечисленных значений: 12, 13, 17 | стационар любого типа (закончен-ный случай) | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 20 | 5.4.2.20 | Код специальности врача не соответствует коду профиля оказанной медицинской помощи по Приложению 20 тарифного соглашения | 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 оказанной медицинской помощи по Приложению 20 тарифного соглашения (для поликлиники оплата за посещение). | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 6, 12 | все виды услуг | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 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). | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 12 | Поликли-ника (посещения на дому) | Обязательно: «an\_tariff», «date», «provcode», «provname», «doctor», «spec», «date\_1», «ksg» «count\_d», «prof\_oms», «curestart», «cureend»;  по желанию: «comment» |
| 23 | 5.7.2.05 | Более одного первичного осмотра в центре здоровья или более одного раза прохождения диспансеризации (медицинского осмотра) 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» и приказам МЗ РФ:  − от 03.12.2012 №1006н «Об утверждении Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»,  − от 06.12.2012 №1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра»,  − от 21.12.2012 №1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них». | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2 | Поликли-ника | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 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, случаев гемодиализа). | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 12 | посещения в поликли-нике | Обязательно: «an\_tariff», «date», «provcode», «provname», «doctor», «spec», «date\_1», «ksg» «count\_d», «prof\_oms», «curestart», «cureend»;  по желанию: «comment» |
| 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). | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 12 | Поликли-ника (посещения на дому) | Обязательно: «an\_tariff», «date», «provcode», «provname», «doctor», «spec», «date\_1», «ksg» «count\_d», «prof\_oms», «curestart», «cureend»;  по желанию: «comment» |
| 29 | 5.7.2.06 | Дублирование услуги в реестрах персональных счетов разных медицинских организаций | Код специальности, код врачебной медицинской манипуляции, дата оказания услуги имеется в реестре другой медицинской организации (при отсутствии направления). | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 6, 11 | Поликли-ника (услуги) | Обязательно: «an\_tariff», «servcount»;  по желанию: «comment» |
| 30 | 5.1.4.19 | Некорректное оформление переводов в персональных счетах | Корректным является случай, когда дата поступления проверяемого перевода равна дате выписки из предыдущего перевода (для круглосуточного стационара). | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | стационар всех типов | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 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. | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 2, 3, 8, 13 | Стационар всех типов | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 35 | 5.1.5.16 | Итоговая сумма (с типом 0) по услуге не равна сумме составляющих частей (с остальными типами) | Итоговая сумма (с типом 0) по услуге не равна сумме составляющих частей (с остальными типами) | − | все виды услуг | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 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.  Дата оказания услуги за пределами дат начала «curestart» и окончания «cureend» лечения, указанных для персонального счета | − | все виды услуг | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 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. | − | Поликли-ника | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 44 | 5.5.2.01 | Медицинская организация не работает в системе ОМС | На момент оказания медицинской услуги медицинская организация не работает в системе ОМС. | − | Все виды помощи | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 45 | 5.3.2.13 | Выполненное оперативное пособие для данной основной КСГ не допустимо | Для КСГ 142106170 возможно применение только оперативного пособия с кодом КСГ 224108221 | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17, 48, 49 | Кругло-суточный стационар | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 46 | 5.3.2.14 | Повторное выставление счета по одной и той же теме в Школе здоровья и/или в Школе по профилактике заболеваний в одной и той же медицинской организации в календарном году | Оказанные медицинские услуги были приняты к оплате в других реестрах данной медицинской организации. | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | Поликли-ника | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 47 | 5.3.2.15 | Некорректно выставленная стоматологическая услуга | При оказании стоматологической услуги отсутствует зубная формула или поверхность зуба (при обязательном его наличии), превышено кол-во простых стоматологических услуг разрешенных на приеме согласно Приложению 32 «Положение о нормативно-справочной информации», выполненная медицинская услуга по данному зубу не подлежит оплате, в виду выставления в более раннем периоде счёта по его удалению. Исключения: манипуляции, которые проводятся только на месте ранее удаленных зубов  −60606, 60706, 60614 могут быть выставлены бессрочно  −60609, 60709, 60660 могут быть выставлены в течение 14 дней после удаления  −60610, 60710, 60631, 60731 могут быть выставлены в течение 7 дней после удаления  −60602, 60603, 60604, 60605, 60701, 60702, 60703, 60704, 60705, 60759 могут быть выставлены бессрочно, но только если выполнены в другой МО. | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | Поликли-ника | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 50 | 5.4.2.24 | Медицинский работник (врач, медицинская сестра, фельдшер, акушерка, медицинская сестра), оказавший услугу не передан в реестре медицинского персонала | Оказанная медицинская услуга должна быть подтверждена данными о медицинском персонале, выполнившем данную услугу (основание – Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации) | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | стационар всех типов | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 51 | 5.8.0.1 | У специалиста, участвующего в выполнении КПМУ по диспансеризации или медицинскому осмотру отсутствует выставленный им диагноз | В разделе «diagnoses» отсутствует обязательная информация о диагнозе, выставленном специалистом, участвующим в выполнении КПМУ по диспансеризации или медицинскому осмотру (КПМУ с профилем 77 и 82) | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | поликли-ника | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 52 | 5.8.0.2 | Несоответствие даты и времени приема вызова диспетчером и даты и времени прибытия бригады на место вызова | Дата и время приема вызова диспетчером должны быть меньше даты и времени прибытия бригады на место вызова | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | СМП | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 53 | 5.8.0.3 | Несоответствие даты и времени прибытия бригады на место вызова и даты и времени отказа пациента в госпитализации в стационар | Дата и время прибытия бригады на место вызова должны быть меньше даты и времени отказа пациента в госпитализации в стационар (в случае наличия) | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | СМП | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 54 | 5.8.0.4 | Несоответствие даты и времени прибытия бригады на место вызова и даты и времени приема пациента медицинской организацией | Дата и время прибытия бригады на место вызова должны быть меньше даты и времени приема пациента медицинской организацией (в случае наличия) | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | СМП | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 55 | 5.8.0.5 | Некорректное заполнение данных в случае, когда пациент доставлен в МО | В случае, когда пациент доставлен в МО, обязательно должны быть заполнены поля: «ОГРН медицинской организации, в которую доставлен пациент» и «Дата и время приема пациента медицинской организацией» | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | СМП | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 56 | 5.8.0.6 | Указанный диагноз не может применяться при оказании СМП | В справочнике МКБ для указанного диагноза отсутствует признак разрешения для применения при оказании СМП. | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | СМП | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 57 | 5.8.0.7 | Указанная простая медицинская услуга не может применяться при оказании СМП | В справочнике простых медицинских услуг для указанной простой мед. услуги отсутствует признак разрешения для применения при оказании СМП. | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | СМП | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 58 | 5.8.0.8 | Отсутствие в карте вызова простых медицинских услуг | В том случае, если «Результат оказания медицинской помощи» не равен ни 4, ни 7 (т.е. «не оказывалась» или «другое»), то обязательно наличие в карте вызова простых медицинских услуг | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | СМП | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 59 | 5.8.0.9 | Некорректное значение атрибута «Результат выезда» | В том случае, если «Результат оказания медицинской помощи» равен 4 или 7 (т.е. «не оказывалась» или «другое»), то обязательно наличие атрибута «Результат выезда» со значением в диапазоне от 20 до 28 включительно. | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | СМП | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 60 | 5.8.0.10 | Некорректное значение атрибута «Километраж выезда в километрах» | Значение атрибута «Километраж выезда в километрах» должно быть больше 0 | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | СМП | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 61 | 5.4.2.27 | В персональном счете, выставленном за II этап диспансеризации, содержится услуга, выполненная за пределами сроков проведения II этапа диспансеризации | Персональный счет, выставленный медицинской организацией за проведенный II этап диспансеризации, содержит простую медицинскую услугу, выполненную за пределами сроков проведения II этапа диспансеризации | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | Поли-клиника | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 62 | 5.3.2.05 | Выставленное к оплате оперативное пособие не может применяться данной медицинской организацией | Оперативные пособия: «221118562» - «Введение Альтеплазе-2 флакона», «221117735»-«Балонная внутриаортальная контрпульсация» и «221118545»-«Балонная вазодилятация с установкой стента в сосуд(ы)» могут быть применены только с профилем медицинской помощи «61»-«Кардиология по сосудистой программе», «62»-«Неврология по сосудистой программе», «63»-«Нейрохирургия по сосудистой программе» | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | Стационар круглосуточный | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 63 | 5.4.1.06 | Неверно указан профиль | Указанный профиль не соответствует действующему положению о нормативно-справочной информации | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | стационары всех типов | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 64 | 5.4.2.16 | В персональном счете отсутствует информация о посещении | В персональном счете нет ни одной услуги, являющейся посещением (приемом, осмотром, консультацией) Исключение: услуги, указанные в приложении 4 ТС и выполненные в ходе проведения диспансеризации или медицинского осмотра при наличии направления | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | Поликлиника +СМП | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 65 | 5.4.2.15 | Неверно указан повод посещения (отсутствует или не соответствует справочнику) | Повод посещения не заполнен, либо не соответствует действующему положению о нормативно-справочной информации | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | поликлиника | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 66 | 5.4.2.15 | Услуга не соответствует виду приема | Услуга не соответствует виду приема | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | поликлиника | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 67 | 5.4.2.31 | Неверно указано количество услуг при обращении по заболеваемости | При обращении по заболеваемости должно быть не менее 2 посещений к врачу одной специальности, (в т.ч. и родственные специальности)  Исключения: КПМУ по сурдологии, медицинские услуги по стоматологии (в т.ч. и доврачебные) – согласно писем главных внештатных специалистов ДЗиФ ЯО | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | поликлиника | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 68 | 5.4.2.15 | Неверно указан повод посещения при диспансеризации/медицинском осмотре | При диспансеризации могут быть указаны только поводы посещений: 9 -«диспансеризация», 16 - «отказ от услуги», 17 - «медицинская услуга, выполненная и предъявленная к оплате ранее»  При медицинском осмотре, выполненном по КПМУ могут быть указаны только поводы посещений: 6-«медицинский осмотр», 16-«отказ от услуги», 17-«медицинская услуга, выполненная и предъявленная к оплате ранее» | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | поликлиника | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 69 | 5.1.3.10 | Неверно заполнено или отсутствует направление на консультацию в необходимых случаях | При указании поводов посещений 1-«заболевание» (для неприкрепленного к данной МО населения) или 15 – «консультация» необходимо наличие корректно заполненного направления | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | поликлиника | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 70 | 5.4.2.30 | Выставленное к оплате оперативное пособие не может применяться без соответствующей комплексной поликлинической медицинской услуги | Оперативные пособия: 42201 – Лазерная очистка ИОЛ от преципитатов, 42202 - Лазерная дисцизия задней капсулы хрусталика при артифакии, 42203 - Лазерная дисцизия передней синехии, 42204 - Лазерная дисцизия шварт стекловидного тела, 42205 - Лазерная коррекция отверстия в задней капсуле хрусталика при артифакии, 42206 - Лазерная факофрагментация, 42207 - Иридэктомия лазерная, 42208 - Лазерная коррекция колобомы радужки, 42209 - Лазерный трабекулоспазис, 42210 - Лазерный иридоспазис, 42211 – Лазергониопластика, 42212 - Лазерная трабекулопунктура, 42213 - Криокоагуляция сетчатки, 42214 - Лазарный барраж макулярной зоны, 42215 - Лазар-коагуляция сетчатки панмакулярная, 42216 - Лазар-коагуляция сетчатки зоны неоваскуляризации, 42217 - Лазарная коагуляция сетчатки секторальная, 42218 - Лазар-коагуляция сетчатки фокальная, 42219 - Лазар-коагуляция сетчатки панретинальная, 42220 - Лазар-коагуляция сетчатки переферическая, 42221 - Лазарный барраж зоны отслойки сетчатки, 42222 - Лазарный барраж очаговых изменений и дырчатых дефектов сетчатки могут быть выставлены к оплате как дополнительные услуги только вместе с КПМУ: 527100010 (527200010) - Комплексное лечение пациентов со вторичной катарактой, 527100020 (527200020) - Комплексное лечение пациентов с отслойкой и разрывами сетчатки глаза, 527100030 (527200030) - Комплексное лечение пациентов с заболеваниями сосудистой оболочки и сетчатки глаза, 527100040 (527200040) - Комплексное лечение пациентов с диабетической ретинопатией, 527100050 (527200050) - Комплексное лечение пациентов с глаукомой | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | поликлиника | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 71 | 5.4.2.29 | Выставленные к оплате немедикаментозные методы лечения не могут применяться без соответствующей комплексной поликлинической медицинской услуги | Немедикаментозные методы лечения: 30106 – Электросон, 30149 - Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях женских половых органов, 30187 - Внутривлагалищное воздействие ультразвуком при заболеваниях женских половых органов, 30191 - Воздействие электромагнитным излучением сантиметрового диапазона (СМВ-терапия) вагинально или ректально при заболеваниях женских половых органов, 30192 - Воздействие токами ультравысокой частоты трансцеребрально, 30223 - Лазеротерапия при заболеваниях женских половых органов, 30532 - Переменное магнитное поле при заболеваниях женских половых органов, 30905 - Электростимуляция шейки матки могут быть выставлены к оплате как дополнительные услуги только вместе с КПМУ: 546100010 - Физиотерапевтическое лечение во время беременности и в послеродовом периоде, 546100020 - Физиотерапевтическое лечение невоспалительных заболеваний женских половых органов, 546100030 - Физиотерапевтическое лечение при нарушениях менструального цикла, 546100040 - Физиотерапевтическое лечение женского бесплодия связанного с отсутствием овуляции, 546100050 - Физиотерапевтическое лечение воспалительных заболеваний и спаечных процессов женских половых органов, 546100060 - Физиотерапевтическое лечение при бесплодии трубно-перитонеального или маточного происхождения. | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | поликлиника | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 72 | 5.4.2.28 | Выставленный к оплате курс химиотерапии не может применяться данной медицинской организацией без соответствующей КЗГ | Услуги: 42301 - Химиотерапия цитостатиками группы алкалоидов (Винорелбин) - 50 мг, 42302 - Химиотерапия цитостатиками алкилирующего типа действия (Оксалиплатин лиофилизат) - 150 мг, 42303 - Химиотерапия цитостатиками алкилирующего типа действия (Оксалиплатин концентрат) - 200 мг, 42304 - Химиотерапия антиметаболитами (Гемцитабин) - 1 500 мг, 42305 - Детоксицирующая терапия (Месна) - 400 мг, 42306 - Химиотерапия цитостатиками алкилирующего типа действия (Ифосфамид) - 2 000 мг, 42307 - Химиотерапия цитостатиками алкилирующего типа действия (Карбоплатин)- 450 мг, 42308 - Химиотерапия цитостатиками группы камптотицинов (Иринотекан) - 300 мг могут применяться только с КЗГ:123104270 - Злокачественные новообразования любой локализации (комбинированное лечение), 123104250 - Злокачественные новообразования любой локализации (химиотерапия) 12 дней, 123104260- Злокачественные новообразования любой локализации (химиотерапия) 15 и более дней, 123104240 - Злокачественные новообразования любой локализации (химиотерапия) 5 дней, 123114850 - Рак желудка. Рак поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка. Рак печени, 123104030 - Рак легкого, 123104130 - Рак молочной железы, 123114860 - Рак толстого кишечника. Рак прямой кишки, 123114870 - Рак шейки матки преинвазивный, 124104540 - Злокачественные и доброкачественные новообразования яичника, 423104250 - Злокачественные новообразования любой локализации (химиотерапия) 12 дней, 423104260 - Злокачественные новообразования любой локализации (химиотерапия) 15 и более дней, 423104240 - Злокачественные новообразования любой локализации (химиотерапия) 5 дней, 423104130 - Рак молочной железы. Данная проверка не распространяется на МО: ГУЗ ЯО «Областная клиническая онкологическая больница», ГБУЗ ЯО «Городская больница № 1 г. Рыбинск». | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | Стационар всех типов | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 73 | 5.4.2.15 | В персональном счете по неотложной помощи в поликлинике может быть только повод посещения «1»-заболевание или «4»- вызов на дом | Если персональный счет – по неотложной помощи, то повод посещений в этом персональном счете может быть равен «1»-заболевание или «4»- вызов на дом | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | поликлиника | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 74 | 5.4.2.15 | Несоответствие цели обращения и вида оказания медицинской помощи | Если цель обращения – 3-«неотложная помощь», то вид оказания мед. помощи должен быть равен 1-«неотложно» (атрибут «vg») | если в разделе «an\_tariff» уже есть заполненный атрибут «an\_tariff» с одним из перечисленных значений: 17 | поликлиника | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |
| 75 | 5.4.2.16 | При выставлении на оплату КЗГ по профилям «ВМП за счет средств ОМС» отсутствует или некорректно указан выполненный метод лечения | При выставлении на оплату законченных случаев лечения по профилям «ВМП за счет средств ОМС» не указан выполненный метод(ы) лечения и/или он не соответствует методам, содержащимся в справочнике «соответствие видов и методов ВМП» | - | Стационар круглосуточный | Обязательно: «an\_tariff»;  по желанию: «comment» |

# 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 заболевания; | | Случай подлежит обязательной 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 |
| 2.2.5. | | 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 |
| 2.2.6. | | 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 ятрогенного заболевания). | Случай подлежит 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 табелю 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 |
| Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов | | | |
| 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 персональных счетов | Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, 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 |
| 5.1.5.18 | | Предъявленная сумма по исправленной части реестра больше суммы, отказанной от оплаты по соответствующему бухгалтерскому счету | 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-X 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 |
| 5.4.2.27 | | В персональном счете, выставленном за II этап диспансеризации, содержится услуга, выполненная за пределами сроков проведения II этапа диспансеризации | Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи |
| 5.4.2.28 | | Выставленный к оплате курс химиотерапии не может применяться данной медицинской организацией без соответствующей КЗГ | Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи |
| 5.4.2.29 | | Выставленные к оплате немедикаментозные методы лечения не могут применяться без соответствующей комплексной поликлинической медицинской услуги | Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи |
| 5.4.2.30 | | Выставленное к оплате оперативное пособие не может применяться без соответствующей комплексной поликлинической медицинской услуги | Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи |
| 5.4.2.31 | | Неверно указано количество услуг при обращении по заболеваемости | Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения: сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи |
| 5.4.2.32 | | Пациент не прикреплен к данной МО, диспансеризация не может быть оказана | 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 отчетном году | 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. | | Включения в реестр счетов медицинской помощи:  - 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);  - 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). | 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 |

# Заключение по проверке реестра пролеченных больных

## Общие положения

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

## Описание заключения для реестров по всем видам помощи

### 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 заполнятся 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**)** сразбивкой 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: | | | | | |  | | |
|  | | | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование | Предъявлено | Отказано по МЭКам | Удержано по ФСС | Удержано по МЭЭ и ЭКМП | Принято |
| Предъявлено к оплате, всего: |  |  |  |  |  |
| 1. по базовой программе ОМС (всего), в том числе: |  |  |  |  |  |
| * 1. амбулаторно-поликлиническая помощь: по подушевому финансированию |  |  | Х | Х |  |
| - по тарифам |  |  | Х | Х |  |
| * 1. круглосуточный стационар |  |  |  |  |  |
| в том числе ВМП, перешедшее в ОМС |  |  | Х | Х |  |
| * 1. дневной стационар и стационар на дому |  |  |  |  |  |
| * 1. дополнительное финансирование ОПЦ |  |  | Х | Х |  |
| * 1. скорая медицинская помощь по подушевому финансированию |  |  | Х | Х |  |
| 1.6. скорая медицинская помощь по тарифам за вызов |  |  | Х | Х |  |
| - доплата ОПЦ до суммы межбюджетного трансферта |  |  | Х | Х |  |
| 1. по сверх базовой программе: |  |  | Х | Х |  |
| амбулаторно-поликлиническая помощь по тарифам |  |  | Х | Х |  |
| круглосуточный стационар по тарифам |  |  | Х | Х |  |
| дневной стационар и стационар на дому по тарифам |  |  | Х | Х |  |
| доплата до суммы межбюджетного трансферта |  |  | Х | Х |  |
| Исправленная часть счета «№» «дата бухгалтерского счета» | | | | | |
| Исправленная часть счета, всего: |  |  | Х | Х |  |
| Амбулаторно-поликлиническая помощь |  |  | Х | Х |  |
| Круглосуточный стационар |  |  | Х | Х |  |
| в том числе ВМП, перешедшее в ОМС |  |  | Х | Х |  |
| Дневной стационар и стационар на дому |  |  | Х | Х |  |
| Скорая медицинская помощь |  |  | Х | Х |  |

ЭЦП руководителя СМО\ЭЦП заместителя директора ТФ ОМС ЯО

Исправленная часть счета «№» «дата бухгалтерского счета»\* - номер и дата бухгалтерского счета, в котором персональный счет был предъявлен впервые (определяется по «xkey» персонального счета).

### Регламент подписания документа сторонами.

* + - 1. Не позднее **7-8** рабочего дня месяца следующего за отчетным СМО передает «Акт медико-экономического контроля» по сети Vip-net, подписанный ЭЦП руководителя СМО (в случае отсутствия у МО Vip-net по мере обращения МО в СМО за актом).
      2. МО в течение 10 рабочих дней имеет право послать мотивированный отказ от подписания акта или подписать со своей стороны Акт ЭЦП руководителя МО и передать по сети Vip-net подписанный экземпляр в СМО.
      3. Если в течение 10 рабочих дней с момента получения Акта МО не предоставили мотивированного отказа, то Акт медико-экономического контроля считается подписанным и претензии по нему не принимаются.

### 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-X - 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 suml 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 «3».
* № 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-X - 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 suml 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 «spec» 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 «suml».
* Отказано в оплате - в столбце кол-во – указывается количество персональных счетов соответствующего профиля, у которых атрибут «pay» имеет значения после МЭК - «3» или «4»;
* Отказано в оплате - в столбце сумма – вносится разница значений атрибутов «suml» и «sum» для данных персональных счетов, у которых атрибут «pay» принимает значения «3» или «4»;
* Принято к оплате - в столбце кол-во – указывается количество персональных счетов соответствующего профиля, у которых атрибут «pay» 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 «pay» 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.

### 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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 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»

вносится в:

счетов – общее количество персональных счетов, по которым проведен медико – экономический контроль (МЭК) и значение атрибута «pay» 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 «suml» 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 «suml» 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 «suml» 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 «suml» 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 «suml» 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 «suml» 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 «pay» имеет значение «3»; на сумму – сумма всех персональных счетов, у которых атрибут «pay» 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 «pay» 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 «suml» 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 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.

