ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКОЙ РЕСПУБЛИКИ

П Р И К А З

от 15.12.2016 № 264 г.Черкесск

«О Регламенте медико – экономического контроля реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной застрахованным лицам, на территории Карачаево – Черкесской Республики»

В целях обеспечения единообразного подхода плательщиков к проведению медико – экономического контроля за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию на территории Карачаево – Черкесской Республики

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Ввести в действие с 15.12.2016г. Регламент медико – экономического контроля реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной застрахованным лицам, на территории Карачаево – Черкесской Республики, утвержденный 15.12.2016г. (далее Регламент).

2. Начальнику отдела автоматизации информационного обеспечения (Р.Х. Чагаров)разместить данный приказ и Регламент на сайте ТФОМС КЧР и информировать участников ОМС на территории КЧР.

3. Ведущему специалисту по кадровому и организационно – техническому обеспечению (Е.Г. Велицян) обеспечить передачу копии приказа и Регламента филиалу АО «МАКС –М» в г. Черкесске; начальникам: отдела автоматизации информационного обеспечения (Р.Х. Чагаров), отдела по организации ОМС и защиты прав застрахованных (В.М. Сотникова) под личную подпись.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора по организации ОМС (А.Г. Писарева).

Директор А.С.Джанкезов

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКОЙ РЕСПУБЛИКИ

П Р И К А З

от 15.12.2016 № 264 г.Черкесск

«О Регламенте медико – экономического контроля реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной застрахованным лицам, на территории Карачаево – Черкесской Республики»

В целях обеспечения единообразного подхода плательщиков к проведению медико – экономического контроля за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию на территории Карачаево – Черкесской Республики

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Ввести в действие с 15.12.2016г. Регламент медико – экономического контроля реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной застрахованным лицам, на территории Карачаево – Черкесской Республики, утвержденный 15.12.2016г. (далее Регламент).

2. Начальнику отдела автоматизации информационного обеспечения (Р.Х. Чагаров)разместить данный приказ и Регламент на сайте ТФОМС КЧР и информировать участников ОМС на территории КЧР.

3. Ведущему специалисту по кадровому и организационно – техническому обеспечению (Е.Г. Велицян) обеспечить передачу копии приказа и Регламента филиалу АО «МАКС –М» в г. Черкесске; начальникам: отдела автоматизации информационного обеспечения (Р.Х. Чагаров), отдела по организации ОМС и защиты прав застрахованных (В.М. Сотникова) под личную подпись.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора по организации ОМС (А.Г. Писарева).

Директор А.С.Джанкезов

УТВЕРЖДАЮ

Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Карачаево-Черкесской Республики

_____А.С.Джанкезов

_____ _____ 2016 года

М.П.

РЕГЛАМЕНТ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ РЕЕСТРОВ СЧЕТОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ, ОКАЗАННОЙ ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦАМ, НА ТЕРРИТОРИИ КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКОЙ РЕСПУБЛИКИ

г. Черкесск

2016 г.

I. Общие положения

Настоящий регламент проведения медико-экономического контроля реестров счетов при расчетах за медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, оказанную застрахованным лицам на территории Карачаево-Черкесской республики (далее — Регламент МЭК) разработан во исполнение Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказа Минздравсоцразвития России от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования», приказа Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», Концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, утверждённой приказом Минздравсоцразвития России от 28.04.2011 № 364, приказов ФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» и от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования», согласно тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования на территории Карачаево-Черкесской республики (далее КЧР).

Регламент МЭК определяет правила, порядок и основные процедуры, связанные с процессами поведения медико-экономического контроля ТФОМС КЧР, страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории КЧР, а также повторного медико-экономического контроля реестров счетов за оказанную медицинскую помощь с целью обеспечения контроля за проведением медико-экономического контроля страховыми медицинскими организациями.

Регламент МЭК разработан с целью обеспечения единообразного подхода плательщиков к проведению медико-экономического контроля за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию на территории КЧР.

II. Термины и сокращения

2.1. Перечень используемых сокращений и терминов

Таблица 1 – Перечень используемых сокращений и терминов

№	Сокращение	Определение
1	2	3
1.	XML	eXtensible Markup Language – (расширяемый язык разметки)

1	2	3
		формат, предназначенный для создания и обработки документов программами, одновременно удобный для чтения и создания документов человеком, а так же предназначенный для обмена информацией между программами
2.	вызов	медицинская помощь, оказываемая вне медицинской организации: по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации
3.	ВМП	высокотехнологичная медицинская помощь
4.	ЕНП	единый номер полиса обязательного медицинского страхования
5.	ЕРЗ	единый регистр застрахованных в системе ОМС лиц
6.	ЗЛ	застрахованное лицо или застрахованные лица
7.	ЗКС	защищенные каналы связи
8.	идентификация застрахованного лица	определение номера полиса (или соответствие номера полиса персональным данным ЗЛ) по персональным данным, по неполным данным, по данным записанным со слов ЗЛ или в иных случаях
9.	ИС	информационная система
10.	КСГ	группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов, средней ресурсоемкости
11.	медицинская услуга	медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение
12.	международный справочник	справочник, принятый международной организацией и используемый для международного взаимодействия
13.	МО	медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, и заключившая договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС
14.	МП	медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг
15.	МТР	расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта России, на территории которого выдан полис ОМС (межтерриториальные расчеты)
16.	МЭК	медико-экономический контроль – установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату

1	2	3
		медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, территориальной программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи
17.	МЭК (МТР)	медико-экономический контроль, проводимый в отношении реестров счетов медицинских организаций предъявляемых к оплате ТФОМС КЧР за медицинскую помощь оказанную лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию за пределами КЧР, а так же проводимый в отношении реестров счетов территориальных фондов, предъявляемых к оплате ТФОМС КЧР за медицинскую помощь, оказанную за пределами КЧР лицам застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории КЧР.
18.	МЭЭ	медико-экономическая экспертиза
19.	необязательный реквизит	реквизит, который может как присутствовать, так и отсутствовать в элементе (при отсутствии, не передается)
20.	НСИ	нормативно-справочная информация, заимствованная из нормативных документов и справочников, используемая при информационном обмене участников ОМС Ставропольского края
21.	обязательный реквизит	реквизит, который должен обязательно присутствовать в элементе
22.	обращение	законченный случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях выполненных для достижения результата обращения за медицинской помощью посещений и медицинских услуг
23.	ОГРН	основной государственный регистрационный номер – государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица в ЕГРЮЛ в соответствии с Федеральным законом от 08.08.2001 № 129-ФЗ «О государственной регистрации юридических лиц»
24.	ОКАТО	общероссийский классификатор административно-территориального деления
25.	ОКОПФ	общероссийский классификатор организационно-правовых форм
26.	ОМС	обязательное медицинское страхование
27.	определение страховой принадлежности	процесс определения страховой медицинской организации, в которой на дату окончания медицинского случая застраховано ЗЛ либо определение территории страхования ЗЛ для МТР
28.	отраслевой классификатор	классификатор, утвержденный министерством (ведомством) для применения в рамках данного министерства (ведомства)
29.	пациент	физическое лицо, которому оказывается медицинская

1	2	3
		помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния
30.	ПДн	персональные данные - любая информация, относящаяся к прямо или косвенно определенному или определяемому физическому лицу (субъекту персональных данных)
31.	ПМД	первичная медицинская документация
32.	ПК «ПУОМП»	программный комплекс «Персонифицированный учет оказанной медицинской помощи»
33.	плательщик	страховые медицинские организации, а в случае межтерриториальных расчетов – ТФОМС КЧР
34.	ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
35.	ПО	программное обеспечение
36.	подушевой норматив	ежемесячный объем финансирования на одного застрахованного по ОМС или прикрепленного к МО гражданина
37.	посещение	контакт пациента с врачом по любому поводу с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи на основании наблюдения за пациентом). Посещение среднего медицинского персонала подлежит оплате в случае ведения самостоятельного приема с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного
38.	Правила ОМС	Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»
39.	Приказ ФОМС 79	приказ ФОМС от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» (в ред. приказов ФФОМС от 22.08.2011 № 154, от 09.09.2016 № 169)
40.	Проверка	алгоритм действий программного обеспечения плательщика за оказанную медицинскую помощь, применяемого при проведении МЭК (РеМЭК) для выявления нарушений при формировании медицинской организацией реестров счетов за оказанную медицинскую помощь, а также нарушений, пропущенных страховых медицинских организаций при проведении МЭК
41.	РеМЭК	повторный Медико-экономический контроль, проводимый в отношении реестров счетов медицинских организаций по которым ранее страховыми медицинскими организациями

1	2	3
		был проведен МЭК, для обеспечения контроля за выполнением Страховыми медицинскими организациями своих функций
42.	Регламент МЭК	настоящий документ, описывающий последовательность функций, ответственность, порядок проведения МЭК, иные аспекты касающиеся проведения МЭК (МТР), а так же поведения РеМЭК с целью контроля за деятельностью СМО по проведению МЭК
43.	Регламент ИВ	Регламент информационного взаимодействия участников при расчетах за медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, оказанную застрахованным лицам на территории КЧР, введенный в действие приказом ТФОМС КЧР от 22.09.2014 № 139
44.	реестр счетов	электронный файл реестра счетов за оказанную медицинскую помощь - пакет XML – файлов, содержащий сведения о пациенте, оказанной ему медицинской помощи и медицинском работнике, сформированный в формате, установленном Регламентом ИВ
45.	РСЕРЗ	региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц
46.	СМП	скорая медицинская помощь
47.	СКЗИ	средства криптографической защиты информации
48.	СМО	страховая медицинская организация, включенная в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, и заключившая договор о финансовом обеспечении ОМС с ТФОМС КЧР
49.	тарифное соглашение	действующее на текущий финансовый год тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования на территории КЧР.
50.	ТФОМС	территориальный фонд обязательного медицинского страхования
51.	УИК	уникальный идентификационный код
52.	ФЛК	форматно-логический контроль
53.	ФСС	фонд социального страхования
54.	ЦСЕРЗ	центральный сегмент единого регистра застрахованных лиц
55.	ЭКМП	экспертиза качества медицинской помощи
56.	ЭП	электронная подпись

III. Организация проведения МЭК

3.1 НСИ используемая при проведении МЭК

При проведении МЭК используется НСИ, применение которой регламентировано Приказом ФОМС 79, а также НСИ Минздрава России, нормативно установленная и иная НСИ, используемая в системе ОМС КЧР, не противоречащая НСИ, предоставленной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

НСИ ведется ТФОМС КЧР и размещается на официальном сайте ТФОМС КЧР в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по https://xn--09-7lchqdo.xn--p1ai/informatizaciya-oms/normativno-spravochnaya-informaciya-spravochniki-klassifikatory/

Список и структура НСИ представлены в разделе 3 Регламента ИВ. В процессе ведения НСИ ТФОМС КЧР объединяет классификаторы из федерального пакета НСИ и справочники системы ОМС КЧР в актуальные пакеты НСИ, предоставляет участникам информационного взаимодействия доступ к НСИ посредством официального сайта ТФОМС КЧР. Все пакеты НСИ предоставляются в формате XML с кодовой страницей Windows-1251. Каждый пакет НСИ упаковывается в архив типа ZIP.

3.2 Проверки, используемые при проведении МЭК

Для проведения МЭК плательщиками допускаются только алгоритмы проверок, включенные в перечень алгоритмов, допущенных для проведения МЭК (далее – Перечень алгоритмов) (приложение 1 к Регламенту МЭК).

В случае возникновения необходимости дополнения Перечня алгоритмов новыми алгоритмами проверок или внесения изменений в Перечень алгоритмов, СМО в установленной форме (приложение 2 к Регламенту МЭК) направляет в ТФОМС КЧР предложения с описанием цели, алгоритма проверки и используемых справочников НСИ. Предложения направляются не менее чем за 1 календарный месяц от предполагаемой даты применения с сопроводительным письмом или в форме сопроводительного письма.

ТФОМС КЧР рассматривает предложение СМО и в случае положительного результата рассмотрения вносит соответствующие изменения в Регламент МЭК. В случае если ТФОМС КЧР принимает решение о не включении алгоритма проверки, предлагаемого СМО в Перечень алгоритмов, ТФОМС КЧР информирует СМО, направившую предложение, о принятии отрицательного решения с указанием причин.

Алгоритмы проверок МЭК, включаемые в Перечень алгоритмов, допускаются к применению с 01 числа месяца, следующего за месяцем внесения соответствующих изменений в Регламент МЭК.

РеМЭК проводится в автоматизированном порядке работниками ТФОМС КЧР с использованием модуля «РеМЭК» ПК «ПУОМП». Результаты повторного МЭК, проведенного ТФОМС КЧР, сравниваются с результатами МЭК плательщика и в случае выявления расхождений в результатах, формируется и направляется плательщику акт РеМЭК. При выявлении расхождения результатов РеМЭК и МЭК плательщика, при условии, если случай оказания медицинской помощи плательщиком был отказан в оплате по коду дефекта отличному от кода дефекта РеМЭК, такие случаи не подлежат отображению в акте РеМЭК.

В случае выявления ТФОМС КЧР при проведении РеМЭК нарушений, пропущенных страховой медицинской организацией в ходе МЭК, страховая медицинская организация утрачивает право использования мер, применяемых к медицинской организации, по своевременно не обнаруженному дефекту.

Средства в сумме, определенной актом РеМЭК, возвращаются медицинской организацией в доход бюджета ТФОМС КЧР.

К страховой медицинской организации применяются санкции в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

Приложение 1
к Регламенту медико-экономического контроля реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной застрахованным лицам на территории КЧР

Перечень проверок МЭК

Код	Код нарушения	Наименование проверки МЭК	Описание (алгоритм)	Условия	Примечания/ Исключения	Дата введения	Дата исключения
1	2	3	4	5	6	7	8
1	5.7.6	Проверка пересечения стационарных случаев	Период стационарного случая не должен пересекаться с периодом другого стационарного случая этого пациента, за исключением дня госпитализации и дня выписки. Используемые таблицы БД: DOC_CASES_FROM_MO_MTR – случаи ОМП	Проверяется наличие случаев с USLMEDHELP_CODE =1 из счетов реестров того же или более ранних отч. периодов что и проверяемый случай, в которых период случая включает дату начала или дату окончания проверяемого случая за исключением дня госпитализации и дня выписки.	Из проверки исключаются случаи одного и того же реестра счетов с различающимися кодами КСГ	01.01.2016	

1	2	3	4	5	6	7	8
2	5.7.5	Проверка оказания МП в поликлинике/дневном стационаре при лечении в круглосуточном стационаре	Недопустимо оказание медицинской помощи в поликлинике/дневном стационаре при нахождении пациента в круглосуточном стационаре, за исключением дня госпитализации и дня выписки. Используемые таблицы БД: DOC_CASES_FROM_MO_MTR – случаи ОМП	Для случаев с USLMEDHELP_CODE in {2,3} Проверяется наличие случаев с USLMEDHELP_CODE =1 из счетов реестров того же или более ранних отчетного периодов что и проверяемый случай, в которых период случая включает дату начала или дату окончания проверяемого случая за исключением дня госпитализации и дня выписки.	Для пересечения типа «дневном стационар - круглосуточном стационар» проверяются только реестры счетов того же отчетного периода, что и проверяемый случай.	01.01.2016	
3	5.7.5	Проверка оказания амбулаторно-поликлинической помощи при лечении в дневном стационаре	Проверяется пересечение сроков лечения в дневном стационаре при совпадении специальности врача.		Из проверки исключаются случаи диспансеризации и профосмотры.	01.01.2016	
4	5.7.5	Проверка пересечения сроков лечения между счетами от СМО или МО и входящими счетами от ТФОМС.	Проверяется пересечение сроков лечения случаев от СМО с USLMEDHELP_CODE in {1,2,3} со счетами от ТФОМС с USLMEDHELP_CODE in {1 ,3}		Проверка осуществляется ТФОМС	01.01.2016	

1	2	3	4	5	6	7	8
5	5.7.3	Проверка пересечения амбулаторно-поликлинических случаев	Период амбулаторно-поликлинического случая не должен пересекаться с периодом других амбулаторно-поликлинических случаев по одному и тому же специалисту, по одному и тому же профилю, в одном МО. Используемые таблицы БД: DOC_CASES_FROM_MO_MTR – случаи ОМП	Проверяется наличие случаев с USLMEDHELP_CODE =3 из счетов реестров того же отч. периода, что и проверяемый случай, в которых период случая включает дату начала или дату окончания проверяемого случая.	Из проверки исключаются случаи с TYPE_SLUCH_CODE = 4(Лечебно-диагностическая процедура) или 9(УЕТ в стоматологии), а также случаи диспансеризации и проф. осмотры.	01.01.2016	
6	5.7.3	Проверка случаев пересечения диспансеризации и лечебных случаев.	Проверяется пересечение случаев диспансеризации и профилактических медосмотров с амбулаторно-поликлиническими случаями	Не проверяются случаи с TYPE_USLUGI_CODE IN {7,8,9,10,11,12,23} в соответствии со справочником V001_T		01.01.2016	
7	5.7.2	Проверка дублирования случаев скорой помощи	Проверяется совпадение случаев СМП по периоду случая, профилю, условию оказания МП, основному диагнозу, специальности врача, сумме к оплате в одном реестре.	Совпадение определяется по № истории болезни /№ вызова и периоду случая.		01.01.2016	
8	5.7.2	Проверка дублирования случаев в одном реестре	Проверяется совпадение случаев по периоду случая, профилю, условию оказания МП, основному диагнозу, специальности врача, сумме к оплате.	Из проверки исключаются случаи СМП.		01.01.2016	
9	5.7.2	Корректность заполнения табличной части (услуги) случая диспансеризации.	Для случаев диспансеризации проверяется отсутствие дублирования кодов услуг для одного случая.			01.01.2016	

1	2	3	4	5	6	7	8
10	5.7.1	Проверка наличия в повторном реестре только отказанных случаев из первичного	Проверяется, что случаи повторного реестра должны содержать только случаи, отказанные в ранее выставленных реестрах.	Случай должен быть отказан в первичном реестре и должны совпадать: дата начала и окончания лечения, основной диагноз, должность врача и номер мед. документации.		01.01.2016	
11	5.7.1	Проверка вызова скорой помощи при лечении в стационаре	Проверяются случаи СМП (USLMEDHELP_CODE = 4). На дату вызова не должно быть случаев с USLMEDHELP_CODE =1.	Поиск стационарных случаев производится по реестрам счетов на тот же отчетный период, что и реестр счетов проверяемого случая или более ранних отчетных периодов.		01.01.2016	
12	5.7.1	Проверка услуг по диспансеризации	Проверка повторной диспансеризации взрослых в пределах календарного года; проверка диспансеризации II этапа без предварительной диспансеризации I этапа.			01.01.2016	
13	5.7.1	Проверка повторного выставления на оплату случая ОМП, оплаченного ранее.	Проверяется совпадение случаев по периоду случая, профилю, условию оказания МП, основному диагнозу, специальности врача, сумме к оплате.	В проверку включаются случаи из ранее выставленных реестров счетов.		01.01.2016	

1	2	3	4	5	6	7	8
14	5.6	Проверка профиля оказания мед. помощи по возрасту	Проверка вхождения возраста пациента на дату начала случая в диапазон допустимых возрастов для указанного профиля МП. Используемые таблицы БД: DOC_CASES_FROM_MO_MTR – случаи ОМП REF_PROFMEDHELP – НСИ V002 справочник профилей МП REF_USLMEDHELP – НСИ V006 справочник условий оказания МП	Для случаев лечения проверяется вхождение значения поля VOZRAST в диапазон значений полей VOZRAST_BEGIN и VOZRAST_END для профиля	Если по профилю не указаны ограничения, то проверка не выполняется.	01.01.2016	
15	5.6	Проверка профиля оказания мед. помощи с основным диагнозом пациента	Проверка допустимости применения профиля МП для указанного диагноза пациента. Используемые таблицы БД: DOC_CASES_FROM_MO_MTR – случаи ОМП REF_PROFMEDHELP – НСИ V002 справочник профилей МП REF_MKB – НСИ M001 справочник диагнозов МКБ-10	Проверяется, входит ли основной диагноз пациента DOC_CASES_FROM_MO_MTR.DS_OSN в диапазон допустимых по соответствующему профилю PROFMEDHELP.		01.01.2016	

1	2	3	4	5	6	7	8
16	5.5.1	Проверка соответствия профиля ОМП лицензиям МО	Проверяется вхождение профиля случая в перечень допустимых профилей в соответствии с имеющимися лицензиями МО. DOC_LICENCE_MO – НСИ К008 лицензии МО REF_USLUGI_LIC – НСИ V003 Работы (услуги) при лицензировании медицинской помощи REG_LICENCE_PROFMEDHELP – НСИ К015 совместимые профили для лицензии			01.01.2016	
17	5.4.2	Проверка стоимости услуг	Заявленная сумма по стоимости услуги случая реестра счетов некорректна. Используемые таблицы БД: DOC_CASES_FROM_MO_MTR – случаи ОМП	Расчётная стоимость услуги случая, рассчитанная в соответствии с действующими тарифами (КСГ, ВМП, услуги) должна совпадать с выставленной на оплату.	Разница между расчетной и выставленной стоимостью не должна превышать значения погрешностей, установленных в параметрах системы.	01.01.2016	
18	5.4.2	Проверка превышения кол-ва услуг в одном случае	В перечне оказанных услуг по амбулаторно-поликлиническому случаю, кол-во услуг не должно превышать 1.	Не проверяются случаи с TYPE_USLUGI_CODE IN {7,8,9,10,11,12,23} в соответствии со справочником V001_T		01.01.2016	

1	2	3	4	5	6	7	8
19	5.3.3	Проверка вхождения диагноза в терр. программу ОМС	Проверка на наличие признака IS_OMS в справочнике МКБ-10 M001 для основного диагноза случая.	Основной диагноз считается корректным, если для него установлен признак IS_OMS.		01.01.2016	
20	5.3.3	Безрезультативный вызов по СМП	Вызовы СМП с результатом обращения RESULT_OBR_CODE in { 407,408,409,410,411,412,413,414,415} считаются безрезультативными.			01.01.2016	
21	5.3.1	Проверка на вхождение профиля МП в ОМС	Проверяется наличие признака IS_NOT_OMS в справочнике V002 по профилю случая.	Наличие признака IS_NOT_OMS говорит о неприменимости профиля.		01.01.2016	
22	5.2.4	Неактуальные данные о страховании.	Проверяется, что в случае наличия данных о смерти в ЕРЗ, дата начала случая не позже даты смерти, дата окончания случая не позже даты смерти. Если истек срок страхования, то дата начала случая должна быть до даты аннуляции полиса.			01.01.2016	
23	5.2.3	Проверка региона страхования пациента	Перед выполнением данной проверки проводится процедура идентификации каждого пациента из реестра счетов с фиксацией кода СМО и региона страхования. Используемые таблицы БД: DOC_CASES_FROM_MO_MTR – случаи ОМП	Код региона страхования должен соответствовать коду региона в параметрах системы	Применяется для реестров по МТР	01.01.2016	

1	2	3	4	5	6	7	8
24	5.2.2.	Проверка соответствия УДЛ возрасту пациента	Если в качестве УДЛ указаны документы с TYPE_DOC_CODE = 3(Свидетельство о рождении РФ) или 15(Загран. паспорт гражданина РФ), то возраст пациента должен быть в диапазоне 90дней – 14 лет на дату начала случая	Для прочих УДЛ возраст должен быть более 14 лет.		01.01.2016	
25	5.2.2.	Проверка наличия данных о документе удостоверяющим личность для полиса не нового образца (при отсутствии ЕНП)	Проверке подлежат случаи, в которых TYPE_DOC_OMS <> 3. Для таких случаев должны быть заполнены данные об УДЛ (тип документа, номер документа).			01.01.2016	
26	5.2.2.	Проверка соответствия № полиса ОМС данным из регионального ЕРЗ	Запись по действующему на дату начала случая полису ОМС в ЕРЗ должна совпадать с SNPOLIS (№ полиса случая)			01.01.2016	
27	5.2.2	Проверка идентификации пациента в федеральном едином регистре застрахованных	Перед выполнением данной проверки проводится процедура идентификации каждого пациента из реестра счетов с фиксацией кода СМО.	Случаи считаются не идентифицированными , если SMO_CODE = ‘’.		01.01.2016	
28	5.2.2	Проверка соответствия отчества полу пациента	Проводится анализ ожидаемого окончания поля OT(отчество) пациента в зависимости от его пола. Используемые таблицы БД: DOC_CASES_FROM_MO_MTR – случаи ОМП REF_PATIENT – справочник зарегистрированных в БД пациентов.	Для пола SEX=1 ожидаемое окончание отчества ‘ИЧ’, для SEX=2 – окончание ‘НА’.	Применяется, если заполнено поле OT.	01.01.2016	

1	2	3	4	5	6	7	8
29	5.2.2	Проверка корректности заполнения ФИО, № полиса ОМС	Проверяется наличие № полиса ОМС SNPOLIS, № талона/истории болезни NHISTORY, дата рождения не может быть менее 01.01.1900, ФИО пациента не может содержать символы ['!','#','0'..'9']			01.01.2016	
30	5.2.1	Идентификация пациента в региональном сегменте ЕРЗ	Проводится запрос к базе ЕРЗ по параметрам: -Фамилия -Имя -Отчество -Дата рождения -Номер полиса ЕНП или серия и номер док-та ОМС -Серия док-та УДЛ(при наличии) -Номер док-та УДЛ(при наличии) -СНИЛС(при наличии) Используемые таблицы БД: DOC_CASES_FROM_MO_MTR – случаи ОМП REF_PATIENT – справочник зарегистрированных в БД пациентов.	Проводится анализ результатов запроса на предмет наличия действующего полиса на дату начала случая по требуемому коду СМО.		01.01.2016	
31	5.2.1	Проверка соответствия страховой организации данным из ЕРЗ	Проводится проверка на то, что все случаи реестра счетов, подлежащие оплате в СМО, указанной в реквизитах счета, действительно являются застрахованными в данной СМО на дату начала случая.	Код СМО, указанный в реквизитах счета, должен соответствовать данным из ЕРЗ на дату начала случая.		01.01.2016	
32	5.1.6	Период случая ОМП не входит в отчетный период	Проверяется, что дата окончания случая должна входить в отчетный период реестра счетов.			01.01.2016	

1	2	3	4	5	6	7	8
33	5.1.4.	Проверка условия оказания и вида медицинской помощи	Используемые таблицы БД: DOC_CASES_FROM_MO_MTR – случаи ОМП REF_VIDMEDHELP – НСИ V008 справочник видов МП REF_ USLMEDHELP – НСИ V006 справочник условий МП REG_USLMEDHELP_VIDMEDHELP – НСИ K010 справочник совместимых условий ОМП для видов ОМП	Проверка наличия записи в справочнике K010 для соответствующих вида и условия оказания МП.	Справочник K010 является региональным, актуализируется специалистами ТФОМС КЧР.	01.01.2016	
34	5.1.4.	Проверка формата серии и номера документа, удостоверяющего личность	Номер документа УДЛ должен соответствовать утвержденному формату. Используемые таблицы БД: DOC_CASES_FROM_MO_MTR – случаи ОМП REF_TYPE_DOC – НСИ F011 справочник УДЛ			01.01.2016	
35	5.1.4.	Проверка типа полиса по номеру	Тип полиса TYPE_DOC_OMS_CODE и его номер NPOLIS должны соответствовать утвержденному формату. Используемые таблицы БД: DOC_CASES_FROM_MO_MTR – случаи ОМП REF_TYPE_DOC_OMS – НСИ F008 справочник типов документов, подтверждающих факт страхования по ОМС.			01.01.2016	

1	2	3	4	5	6	7	8
36	5.1.4	Соответствие вида и метода ВМП.	Проверка на наличие действующего вида и метода ВМП на дату окончания случая и их совместимость. Используемые таблицы БД: DOC_CASES_FROM_MO_MTR – случаи ОМП REF_VIDVSMEDHELP – НСИ V018 справочник видов ВМП REF_METOD_VSMEDHELP – НСИ V019 справочник методов ВМП	Код вида и метода ВМП случая должен совпадать со значением вида ВМП для соответствующего метода ВМП в справочнике V019 DOC_CASES_FROM_MO_MTR. VIDVSMEDHELP = REF_METOD_VSMEDHELP. VIDVSMEDHELP.		01.01.2016	
37	5.1.4	Проверка совместимости профиля и специальности	Проверяется, содержится ли профиль мед. помощи в списке совместимых со специальностью врача. Используемые таблицы БД: DOC_CASES_FROM_MO_MTR – случаи ОМП REF_PROFMEDHELP – НСИ V002 справочник профилей МП REF_SPECIALSMED_V015 – НСИ V015 справочник медицинских специальностей REG_CHECK_SPECIALMED_PROFMEDHELP – НСИ K007 справочник совместимых профилей по мед. специальности	В справочнике K007 должна быть запись со значением REG_CHECK_SPECIALMED_PROFMEDHELP.PROFMEDHELP = DOC_CASES_FROM_MO_MTR .PROFMEDHELP и REG_CHECK_SPECIALMED_PROFMEDHELP. SPECIALMED = DOC_CASES_FROM_MO_MTR . PRVS_V015	Справочник K007 является региональным, актуализируется специалистами ТФОМС КЧР. Исключение профиль 160 (неотложная медицинская помощь) = специальность врача.	01.01.2016	

1	2	3	4	5	6	7	8
38	5.1.4	Проверка совместимости диагноза с полом пациента	Проверка допустимости применения кода основного диагноза для указанного пола пациента. Используемые таблицы БД: DOC_CASES_FROM_MO_MTR – случаи ОМП REF_MKB – НСИ М001 справочник диагнозов МКБ-10 REG_CHECK_MKB – НСИ SK003 справочник совместимости пола с диагнозами МКБ-10.	Проверяется, входит ли основной диагноз пациента DOC_CASES_FROM_MO_MTR.DS_OSN в диапазон допустимых MKB_START и MKB_END таблицы SK003 по соответствующему полу SEX.	Справочник SK003 является региональным, актуализируется специалистами ТФОМС КЧР. Возможно, следует дополнить датой начала совместимости.	01.01.2016	
39	5.1.4	Проверка указания МКБ до уровня подрубрики	Проверка на наличие признака IS_ZAPRET в справочнике МКБ-10 М001 для основного диагноза случая.	Основной диагноз считается корректным, если для него не установлен признак IS_ZAPRET.			
40	5.1.4	Проверка соответствия терапевтической КСГ и диагноза	Проводится проверка наличия кода основного диагноза в перечне допустимых для заданного кода КСГ. Используемые таблицы БД: DOC_CASES_FROM_MO_MTR – случаи ОМП REG_TERAPEVT_GROUP_KSG – НСИ К014 справочник совместимых диагнозов МКБ-10 для терапевтических КСГ.	Для значений DS_OSN и MES должна быть найдена запись в REG_TERAPEVT_GROUP_KSG		01.01.2016	
41	5.1.4	Проверка соответствия профиля мед. Помощи в случае профилю медицинской помощи в табличной части услуг.	Для случаев с USLMEDHELP_CODE in {1,2,3} профили мед. помощи услуг, оказанных пациенту должны совпадать с профилем случая.	Из проверки исключаются случаи диспансеризации и профосмотры.		01.01.2016	

1	2	3	4	5	6	7	8
42	5.1.4	Проверка соответствия сроков лечения, указанных в табличной части (услуги), со сроками лечения по случаю	Проверяется, что период предоставления услуг должен находиться в пределах периода случая.			01.01.2016	
43	5.1.4	Проверка вхождения основного диагноза по МКБ-10 в ВМП	Для случаев с USLMEDHELP_CODE in {1,2} проверяется вхождение кода основного диагноза в перечень допустимых для указанного кода ВМП METOD_VSMEDHELP_CODE. REF_METOD_VSMEDHELP – НСИ V019 справочник методов ВМП	Из проверки исключаются случаи с пустым значением METOD_VSMEDHELP _CODE.		01.01.2016	
44	5.1.4	Проверка соответствия услуги профилю оказанной медицинской помощи в случае	Проверка на вхождение профиля МП в перечень табличной части допустимых профилей в справочнике V001. REG_USLUGI_PROFMEDHELP – НСИ K012 справочник допустимых профилей для услуги	Также проверяется условие, что профиль является действующим на дату оказания услуги.		01.01.2016	
45	5.1.4	Проверка соответствия КПГ (КСГ) с профилем и возрастом	Проверка на вхождение профиля МП в перечень табличной части допустимых профилей в справочнике V001_M. REG_MES_PROFMEDHELP– НСИ K013 справочник допустимых профилей для КСГ	Также проверяется, что примененный КСГ соответствует возрасту пациента на дату начала случая.		01.01.2016	
46	5.1.4	Проверка соответствия хирургических КСГ коду операции	Проверяются все услуги случая с хирургическим КСГ на предмет вхождения в список допустимых кодов услуг в справочнике REG_HIRURG_GROUP_KSG – НСИ K011			01.01.2016	

1	2	3	4	5	6	7	8
47	5.1.3.	Проверка заполнения данных региона страхования пациента	Перед выполнением данной проверки проводится процедура идентификации каждого пациента из реестра счетов с фиксацией кода СМО и региона страхования. Используемые таблицы БД: DOC_CASES_FROM_MO_MTR – случаи ОМП	Поле региона страхования TFOMS должно быть заполнено.	Проверка применяется для счетов, оплачиваемых по МТР	01.01.2016	
48	5.1.3	Проверка заполнения КСГ/КПГ	Для случаев с USLMEDHELP_CODE in {1,2} обязательно наличие заполненного поля MES_CODE	Из проверки исключаются случаи ВМП.		01.01.2016	
49	4.5	Проверка посещения поликлиники (амбулаторно-поликлинический) в выходной/праздничный день	Дата оказания услуги по амбулаторно-поликлиническому случаю не должна приходиться на выходной/праздничный день в соответствии с действующим календарным годом.			01.01.2016	

1	2	3	4	5	6	7	8
50	3.5	Проверка на повторную госпитализацию в течении 90 дней и на повторное обращение в течении 30 дней.	Проверке подлежат случаи с USLMEDHELP_CODE in {1,2} для которых найден аналогичный случай, дата окончания которого не позднее 90 дней с даты начала проверяемого случая или 30 дней для Амбулаторно-поликлинических случаев.	Случаи должны быть одного и того же диагноза.	Для Амбулаторно-поликлинических случаев из проверки исключаются случаи с диагнозами: Z34.0-Z35.9, E10.0-E14.9, C00.0-C97; и случаи с профилями 171, 88, 87, 89, 90 (стоматология) Случаи отбираются для проведения МЭЭ и/или ЭКМП	01.01.2016	
51	3.2.5	Проверка на летальный исход при оказании медицинской помощи	Проверка на значение кода результата обращения по случаю установленному перечню. Используемые таблицы БД: DOC_CASES_FROM_MO_MTR – случаи ОМП REF_RESULT_OBR – НСИ V009 справочник результатов обращения за МП	Если код результата обращения является одним из множества DOC_CASES_FROM_MO_MTR. RESULT_OBR_CODE in {105,106,205,206,405,406,411,413}	Случаи отбираются для проведения МЭЭ и/или ЭКМП	01.01.2016	

1	2	3	4	5	6	7	8
52	3.2.2	Проверка длительности амбулаторно-поликлинических случаев	Проверяется максимальная длительность амбулаторно-поликлинических случаев обращений Используемые таблицы БД: DOC_CASES_FROM_MO_MTR – случаи ОМП	Для случая с TS = 30 (Амбулатория. Обращение по поводу заболевания) проверяется, чтобы разница между датой начал а и датой окончания случая не превышала 30 календарных дней	Случаи отбираются для проведения МЭЭ и/или ЭКМП	01.01.2016	
53	3.2.2	Проверка увеличения длительности лечения в круглосуточном/дневном стационаре в соответствии с кодом КСГ/КПГ	Проверка вхождения длительности лечения в допустимый диапазон или длительность лечения Используемые таблицы БД: DOC_CASES_FROM_MO_MTR – случаи ОМП REF_USLMEDHELP – НСИ V006 справочник условий оказания МП REF_MES – НСИ V001_M справочник КСГ REG_PRICE_KSG_LEVEL– НСИ K002 справочник тарифов КСГ PARAMS – общие настройки системы	Определяется, какое из полей таблицы случаев заполнено (DNEYLECH(дней лечения), QUANT_DAYS(дней в случае), ED_COL(количество)) и принимается за кол-во дней лечения. Это значение должно входить в допустимый диапазон значений полей REG_PRICE_KSG_LEVEL. MIN_DAYS и REG_PRICE_KSG_LEVEL. MAX_DAYS. (+50% от средней длительности лечения по КСГ) Если д иапазон значений не задан, то проверяется равенство с полем REG_PRICE_KSG_LEVEL. NORM_DAYS.	Справочник K002 заполняется в соответствии с действующим тарифным соглашением, по-этому отбор значений из таблицы по указанному КСГ должен производиться на дату окончания случая DATEDOC.	01.01.2016	

1	2	3	4	5	6	7	8
54	3.2.1	Проверка уменьшения длительности лечения в круглосуточном/дневном стационаре в соответствии с кодом КСГ/КПГ	Проверка вхождения длительности лечения в допустимый диапазон или длительность лечения Используемые таблицы БД: DOC_CASES_FROM_MO_MTR – случаи ОМП REF_USLMEDHELP – НСИ V006 справочник условий оказания МП REF_MES – НСИ V001_M справочник КСГ REG_PRICE_KSG_LEVEL– НСИ K002 справочник тарифов КСГ	Определяется, какое из полей таблицы случаев заполнено (DNEYLECH(дней лечения), QUANT_DAYS(дней в случае), ED_COL(количество)) и принимается за кол-во дней лечения. Это значение должно входить в допустимый диапазон значений полей REG_PRICE_KSG_LEVEL. MIN_DAYS и REG_PRICE_KSG_LEVEL. MAX_DAYS. (-50% от нормы дней по КСГ) Если диапазон значений не задан, то проверяется равенство с полем REG_PRICE_KSG_LEVEL. NORM_DAYS.	Справочник K002 заполняется в соответствии с действующим тарифным соглашением, поэтому отбор значений из таблицы по указанному КСГ должен производиться на дату окончания случая DATEDOC.	01.01.2016	
55	3.10	Проверка повторного посещения врача одной специальности в один день в разных МО	Проверяются повторные случаи посещения врача одной специальности с совпадающей датой начала случая.		Случаи отбираются для проведения МЭЭ и/или ЭКМП	01.01.2016	

Приложение 2
к Регламенту медико-экономического контроля реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной застрахованным лицам на территории КЧР

Предложения
на внесение изменений в перечень проверок МЭК

Инициатор_____
(Наименование СМО/ отдела ТФОМС КЧР)

Цель проверки:_____

Действие_____
(добавление, изменение существующей, блокирование)

Предполагаемая дата_____
(ввода в действие/блокирования)

Код проверки	**Код нарушения**	**Наименование проверки МЭК**	**Описание (алгоритм)**	**Условия**	**Примечания/Исключения**
1	2	3	4	5	6

Инициатор _____ _____