Приложение 4

к Протоколу заседания Комиссии

по разработке ТП ОМС в Камчатском крае

от 26.01.2022 года № 1/2022

**Порядок информационного взаимодействия при формировании счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае**

(с учетом изменений, внесенных в соответствии с Порядком № 3/2022 от 31.03.2022 года)

26.01.2022 № 1/2022

1. Настоящий Порядок информационного взаимодействия при формировании счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае (далее – Порядок) составлен в целях реализации Соглашения № 1/2022 от 26.01.2022 года об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

2. Установить, что информационное взаимодействие участников и субъектов обязательного медицинского страхования на территории Камчатского края осуществляется в соответствии с «Общими принципами построения и функционирования информационных систем в сфере обязательного медицинского страхования», утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79, и «Порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования», утвержденным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 31.03.2021 № 34н, с учетом настоящего Порядка.

Информационное взаимодействие осуществляется в пакетном режиме. Пакет информационного обмена состоит из файла со сведениями об оказанной медицинской помощи и файла с персональными данными. Файлы пакета информационного обмена должны быть упакованы в архив формата ZIP. Имя архивного файла должно соответствовать имени основного файла, сформированного в соответствии с форматами информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи, размещаемыми на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (<https://www.ffoms.gov.ru/>).

2.1. Установить, что проведение форматно-логического контроля (далее – ФЛК) и медико-экономического контроля (далее – МЭК) осуществляется только в соответствии с перечнями правил и проверок, установленными справочниками:

– Q015 «Перечень технологических правил реализации ФЛК в ИС ведения персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи»;

– Q016 «Перечень проверок автоматизированной поддержки МЭК в ИС ведения персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи»;

– Q022 «Перечень технологических правил реализации ФЛК регионального уровня в ИС ведения персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи»;

– Q023 «Перечень проверок автоматизированной поддержки МЭК регионального уровня в ИС ведения персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи».

Применение при проведении ФЛК и МЭК территориальным фондом ОМС Камчатского края иных правил и проверок, не предусмотренных указанными справочниками, не допускается.

Установить, что **медицинские организации ежемесячно в установленные сроки предъявляют к оплате в территориальный фонд ОМС Камчатского края счета и реестры счетов** на оплату медицинской помощи, оказанной по обязательному медицинскому страхованию. Медицинские организации направляют файлы пакета информационного обмена в территориальный фонд ОМС Камчатского края. В случае выявления дефектных случаев, на основании полученного файла протокола территориального фонда ОМС Камчатского края медицинская организация обязана исправить выявленные нарушения и исключить из соответствующего реестра счета все случаи, содержащие дефекты оформления, которые не могут быть исправлены в оперативном порядке. При наличии технической возможности реестры исправляются медицинской организацией оперативно (в течение 7 рабочих дней после получения файла протокола территориального фонда ОМС Камчатского края), при этом имена файлов информационного обмена не должны изменяться. Все случаи, содержащие дефекты оформления, исправляются медицинской организацией в установленные сроки и включаются в пакет информационного обмена в очередном месяце отдельными файлами.

Установить, что код дефекта 1.4.6 «Дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты» не применяется территориальным фондом ОМС Камчатского края при исключении из основного реестра счета за отчетный месяц случаев, содержащих дефекты оформления на основании файла протокола территориального фонда ОМС Камчатского края, и предъявления их к оплате в очередном месяце.

В целях минимизации дефектов заполнения реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, выявляемых при проведении медико-экономического контроля, главным врачам медицинских организаций обеспечить:

1) проведение контроля сформированных реестров счетов до отправки файлов в территориальный фонд ОМС Камчатского края. Контроль должен быть проведен в соответствии с перечнями правил и проверок, установленных справочниками Q015, Q016, Q022, Q023. После проведенного контроля файлы в обязательном порядке направляются в территориальный фонд ОМС Камчатского края не позднее 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным;

2) назначение ответственных лиц, осуществляющих контроль за соответствием данных, включенных в реестры счетов, требованиям настоящего Порядка и Соглашения об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Контроль должен осуществляться совместно:

– работником, ответственным за сопровождение медицинской информационной системы в медицинской организации;

– работником экономической службы медицинской организации;

– медицинским работником.

3. Установить, что при формировании реестров счетов используются только следующие значения способов оплаты медицинской помощи «IDSP» (по Классификатору способов оплаты медицинской помощи V010):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IDSP | Наименование способа оплаты медицинской помощи | Примечание |
| 24 | За вызов скорой медицинской помощи | применяется при межтерриториальных расчетах |
| 28 | За медицинскую услугу | применяется при оплате диагностических услуг, а также при оплате диализа |
| 29 | За посещение | применяется медицинскими организациями по Перечню, установленному приложением 1 к Соглашению № 1/2022 (за исключением диагностических услуг) |
| 30 | За обращение (законченный случай) | применяется медицинскими организациями по Перечню, установленному приложением 1 к Соглашению № 1/2022 |
| 31 | По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации | применяется медицинскими организациями по Перечню, установленному приложением 1 Соглашению № 1/2022 |
| 31\* | По нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации | применяется при оплате медицинской помощи, оказанной в ФП/ФАП по Перечню, установленному приложением 2.3 к Соглашению № 1/2022 |
| 33 | За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний) | применятся медицинскими организациями по Перечню, установленному приложением 1 к Соглашению № 1/2022 |
| 36 | По подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи | применяется медицинскими организациями по Перечню, установленному приложением 1 к Соглашению № 1/2022 |
| 44 | По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к МО лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой МО медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации | применяется медицинскими организациями по Перечню, установленному приложением 1 к Соглашению № 1/2022 |
| 32 | За законченный случай лечения заболевания | Применяется при оплате высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) |

\*- до внесения соответствующих изменений в Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010

Применение иных значений способа оплаты не допускается.

3.1. Установить, что при формировании реестров счетов в сведениях о случае элемент «C\_ZAB – Характер основного заболевания» заполняется с учетом следующих особенностей:

– заполнение элемента обязательно при оказании амбулаторной помощи, если основной диагноз (DS1) не входит в рубрику Z;

– при оказании медицинской помощи в связи с диспансерным наблюдением женщин в период беременности «C\_ZAB» = 2 – при постановке беременной женщины на учет, «C\_ZAB» = 3 – для всех последующих посещений.

3.2. Территориальным фондом ОМС Камчатского края при проведении медико-экономического контроля предъявленных к оплате медицинскими организациями реестров счетов оказанной в 2022 году стационарной медицинской помощи и медицинской помощи в условиях дневного стационара необходимо учитывать:

– соответствие элементов «PROFIL\_K - Профиль койки» и «PROFIL - Профиль медицинской помощи» Номенклатуре коечного фонда по профилям медицинской помощи, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 №555н;

– соответствие в реестре счета элемента «PROFIL - Профиль медицинской помощи» и элемента «PRVS - Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни)» порядку оказания медицинской помощи по соответствующему профилю в части специализированной медицинской помощи (Примеры корректного заполнения: «PROFIL= 29 - кардиологии» + «PRVS = 25 - Кардиология»; «PROFIL= 97 - терапии» + «PRVS = 76 Терапия»; «PROFIL= 68 - педиатрии» + «PRVS = 49 Педиатрия»; Пример некорректного заполнения: «PROFIL= 29 - кардиологии» + «PRVS = 76 - Терапия»).

– соответствие элементов «PROFIL\_K - Профиль койки» и «PROFIL - Профиль медицинской помощи» установленным для медицинской организации профилям коек и профилям медицинской помощи в соответствии с приложением №2 к настоящему Порядку.

3.3. Контроль выполненных объемов стационарной медицинской помощи и медицинской помощи в условиях дневного стационара (количество элементов «Z\_SL - Сведения о законченном случае») осуществляется в пределах показателей, установленных в соответствии с приложением к Протоколу заседания Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Камчатском крае.

3.4. При формировании медицинскими организациями реестров счетов на оплату медицинской помощи заполнение элементов LPU\_1 и PODR осуществлять соответствующими значениями LPU\_1\_COD и PODR\_COD справочника T003 «Территориальный справочник подразделений и отделений».

3.5. Территориальный фонд ОМС Камчатского края в установленные сроки проводит медико-экономический контроль предъявленных к оплате случаев оказания медицинской помощи. При наличии случаев превышения фактических объемов медицинской помощи/объемов финансового обеспечения медицинской помощи над плановыми показателями случаи принимаются к оплате в следующей очередности:

1) случаи медицинской помощи за отчетный месяц, завершившиеся летальным исходом,

2) случаи оказания медицинской помощи за отчетный месяц пациентам с установленным диагнозом ЗНО либо при подозрении на ЗНО,

3) случаи профилактических медицинских осмотров, в том числе диспансеризации, определенных групп взрослого и детского населения за отчетный месяц,

4) случаи госпитализации в экстренной и неотложной форме, а также случаи госпитализации по КСГ st02.003 «Родоразрешение», st02.004 «Кесарево сечение», st02.006 «Послеродовой сепсис»,

5) случаи медицинской помощи за предыдущие периоды (доработки), завершившиеся летальным исходом,

6) случаи оказания медицинской помощи за предыдущие периоды (доработки) пациентам с установленным диагнозом ЗНО либо при подозрении на ЗНО,

7) случаи профилактических медицинских осмотров, в том числе диспансеризации, определенных групп взрослого и детского населения за предыдущие периоды (доработки),

8) случаи за предыдущие периоды (доработки) в части госпитализаций в экстренной и неотложной форме, а также госпитализаций по КСГ st02.003 «Родоразрешение», st02.004 «Кесарево сечение», st02.006 «Послеродовой сепсис»,

9) остальные случаи по реестру за отчетный месяц в хронологическом порядке;

10) остальные случаи по реестру за предыдущие периоды (доработки) в хронологическом порядке.

3.6. Установить, что:

- оформление счета на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется по форме в соответствии с приложением 3.1 к настоящему Порядку;

- оформление счета на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу – по форме в соответствии с приложением 3.2 к настоящему Порядку;

- оформление счета на оплату скорой медицинской помощи по тарифу на основе подушевого норматива на обслуживаемое население – по форме в соответствии с приложением 3.3 к настоящему Порядку;

- оформление счета на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи – по форме в соответствии с приложением 3.4 к настоящему Порядку;

- оформление страховой медицинской организацией сведений о размере финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи по подушевому нормативу, сведений о размере финансового обеспечения скорой медицинской помощи по подушевому нормативу, сведений о размере финансового обеспечения медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям, осуществляется по форме в соответствии с приложением 3.5 к настоящему Порядку. Сведения о размере финансового обеспечения по подушевому нормативу на текущий месяц направляются страховой медицинской организацией в МО-ФД и территориальный фонд ОМС Камчатского края не позднее 28 числа текущего месяца по установленной форме. Одновременно со сведениями о размере финансового обеспечения по подушевому нормативу на текущий месяц направляется расчет размера средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности;

- оформление акта сверки произведенных лабораторных исследований централизованной лаборатории осуществляется по форме в соответствии с приложением 3.6 к настоящему Порядку.

4. Установить, что при оплате диагностических услуг (раздел 3.3 Соглашения № 1/2022):

4.1. медицинские организации, оформляющие направления на диагностические услуги, предусмотренные разделом 3.3 Соглашения № 1/2022, в обязательном порядке в направлении заполняют следующие сведения:

- указывается характер основного заболевания (1- острое, 2 - впервые в жизни установленное хроническое, 3 - ранее установленное хроническое);

- признак подозрения на злокачественное новообразование (0 – при отсутствии подозрения на ЗНО, 1 – при выявлении подозрения на ЗНО).

4.2. При формировании медицинскими организациями реестров счетов на оплату медицинской помощи в части диагностических услуг, указанных в разделе 3.3 Соглашения № 1/2022 обязательно заполнение кодов услуг в соответствии со справочником Т001 «Территориальный классификатор работ и услуг в здравоохранении», а также кодов целей в соответствии со справочником Т025 «Территориальный классификатор целей посещения»:

– «P\_CEL» = 5.1 – при проведении диагностики в рамках обращения по заболеванию в амбулаторных условиях;

– «P\_CEL» = 5.2 – при проведении диагностики в рамках законченного случая в стационарных условиях;

– «P\_CEL» = 5.3 – при проведении диагностики в рамках законченного случая в условиях дневного стационара;

– «P\_CEL» = 5.4 – при проведении диагностики в рамках диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения в соответствии с Порядками, утвержденными приказами Минздрава России.

4.3. Установить, что при сверке лабораторных исследований, произведенных централизованными лабораториями, а также при сверке КТ и МРТ по направлениям от медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара лицам, застрахованным по ОМС на территории Камчатского края, приложением к акту сверки являются поименные списки пациентов, в отношении которых были оформлены направления медицинскими организациями-фондодержателями, с указанием объемов проведенных исследований в разрезе оплачиваемых медицинских услуг (предоставляются в электронном виде в формате CSV в соответствии с требованиями, установленными приложением 1 к настоящему Порядку).

4.4.При заполнении реестра счета в связи с проведением телемедицинских врачебных консультаций МО-исполнителем обязательно заполнение элемента «NPR\_MO» – код МО, направившей на консультацию.

4.5. Медицинские организации, которым решением Комиссии установлены объемы диагностических услуг, заносят в отдельный журнал сведения о застрахованном лице (фамилия, имя, отчество, пол, дата и место рождения, данные документа, удостоверяющего личность, СНИЛС (при наличии), номер полиса ОМС), а также сведения об учреждении, оформившем направление на диагностику, с указанием кода МКБ-10, и сведения о дате проведения соответствующей диагностики (ПЦР диагностика, гистологическое исследование, цитологическое исследование, бактериологическое исследование, лабораторное исследование в ЦКДЛ II уровня по видам исследований). При проведении ЭЭГ с видеомониторингом и полисомнографии в журнале указываются также сведения о времени начала и времени окончания исследования (часы, минуты), подпись пациента (законного представителя) с расшифровкой, в направлении в обязательном порядке указывается длительность проведения ЭЭГ с видеомониторингом (1 час, 4 часа или 8 часов). При проведении КТ и МРТ в журнале указывается также код оказанной услуги в соответствии со Справочником T001 «Территориальный классификатор работ и услуг в здравоохранении».

**5. Установить, что при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (раздел 3.4** Соглашения № 1/2022):

5.1. При включении в реестры счетов на оплату медицинской помощи случаев оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (за исключением файлов со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации по формату таблицы Д.3) обязательно заполнение элемента «P\_CEL», соответствующего цели посещения, в соответствии со справочником Т025 «Территориальный классификатор целей посещения»:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование кода цели посещения\* | Примечание |
| 1.0 | Посещение по заболеванию | разовые посещения по заболеваниям |
| 1.1 | Посещениe в неотложной форме | при оказании медицинской помощи в отделении (кабинете) неотложной медицинской помощи, созданном в структуре медицинской организации, оказывающей амбулаторную медицинскую помощь;  при оказании неотложной медицинской помощи на дому в форме разового посещения;  при самостоятельном обращении граждан на станцию скорой медицинской помощи или в отделение скорой медицинской помощи, входящее в состав медицинской организации;  при оказании медицинской помощи в соответствии с пунктом [2.2.1](#мп_в_приемном_отделении_до_24часов)1 Соглашения № 1/2022 |
| 1.3 | Диспансерное наблюдение |  |
| 2.3 | Комплексное обследование | проведение комплексного обследования в Центре здоровья |
| 2.5 | Патронаж |  |
| 2.6 | Посещение по другим обстоятельствам | посещения с иными целями (посещения по поводу осмотров при решении вопроса о проведении профилактических прививок (при условии, что во время осмотра у пациента не будет выявлено заболеваний), врачебный осмотр для выдачи справки (за исключением справки о болезни); профилактический осмотр при оказании стоматологической помощи, не предусмотренный в составе комплексного посещения; повторное посещение в Центре здоровья) |
| 3.0 | Обращение по заболеванию | с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания |
| 5.1 | Лабораторная диагностика в ЦКДЛ в рамках обращения по заболеванию в амбулаторных условиях | заполняют медицинские организации при включении в реестр счета диагностических услуг |
| 5.2 | Лабораторная диагностика в ЦКДЛ в рамках законченного случая в стационарных условиях |
| 5.3 | Лабораторная диагностика в ЦКДЛ в рамках законченного случая в условиях дневного стационара |
| 5.4 | Лабораторная диагностика в ЦКДЛ в рамках диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения в соответствии с Порядками, утвержденными приказами Минздрава России |

\*- применение иных значений кода цели посещения не допускается.

5.2. При формировании реестров счетов на оплату медицинской помощи в части **комплексных** **посещений с профилактической целью**, а также в **части посещений с иной целью для профилактических осмотров при оказании стоматологической помощи, в части посещений с иной целью при проведении комплексного обследования в центрах здоровья** учитываются следующие особенности:

1) при включении в реестр счета в составе сведений об услугах посещений с профилактической целью в обязательном порядке заполняется элемент «CODE\_USL в соответствии со Справочником T001 «Территориальный классификатор работ и услуг в здравоохранении по классу медицинской услуги «В» разделу «04». Код услуги «В04.026.002» для среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием (за исключением зубного врача), для зубного врача – код услуги «B04.065.004»;

2) при включении в реестр счета и счет посещений взрослого населения с профилактической целью по профилю медицинской помощи «Стоматология» единицей объема является посещение. Оплата производится только по тарифу за посещение;

3) при проведении профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, учету в качестве посещения с профилактической целью подлежит только осмотр врачом терапевтом (для взрослого населения) либо осмотр врачом-педиатром (для несовершеннолетних). В целях учета объемов посещений с профилактической целью 1 случай профилактического медицинского осмотра, в том числе диспансеризации, приравнивается к 1 посещению;

4) при проведении профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, в реестре счета заполняются все необходимые сведения по кодам услуг. По всем услугам: элемент «TARIF – Тариф» не заполняется, значение элемента «SUMV\_USL – Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)» = 0;

5) при включении в реестр счета посещений с целью проведения комплексного обследования в центрах здоровья обязательно заполнение элементов:

– «P\_CEL» = 2.3 - Комплексное обследование;

– «CODE\_USL» по коду номенклатуры медицинских услуг «В03.047.002»;

6) тарифы, установленные при проведении в выходные дни профилактических медицинских осмотров определенных групп взрослого населения, в том числе 1 этапа диспансеризации, применяются только при соблюдении следующего условия: элементы «DATE\_IN» и «DATE\_OUT» - дата оказания услуг «A01.30.026 - Опрос (анкетирование) на выявление неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития» и «B04.047.004.001 - врач-терапевт (диспансеризация 1 этап)» (либо «B04.047.004.004 - (при проведении профилактического медицинского осмотра)») соответствуют одному выходному дню.

7) при посещении врача-терапевта с целью вакцинации от новой коронавирусной инфекции COVID-19 обязательно заполнение элемента «CODE\_USL» по коду номенклатуры медицинских услуг «B04.047.004.005 - Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-терапевта участкового перед вакцинацией от новой коронавирусной инфекции COVID-19».

**5.2.1. Профилактические осмотры, в том числе диспансеризация:**

Формирование реестров в части проведенных исследований кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (иммунотурбодиметрический количественный тест), а также исследований уровня простатспецифического антигена свободного в крови, цитологических исследований и т.п. централизованно на базе ЦКДЛ II уровня ГБУЗ «Камчатский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», ГБУЗ «Камчатский краевой онкологический диспансер» осуществляется с учётом следующих особенностей:

1) медицинские организации, которые проводят диспансеризацию и медицинские осмотры определенных групп населения, в реестре счета (файл в соответствии с таблицей Д3) в сведениях об услуге заполняют все необходимые сведения по кодам услуг в централизованных лабораториях («A09.19.001.002 - Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим (количественным) методом», «A09.05.130.001.001 - Исследование уровня общего и свободного простатспецифического антигена в крови, метод ИХЛА», «A08.20.017 -Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки» и т.п.), элемент «TARIF – Тариф» не заполняется, значение элемента «SUMV\_USL – Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)» = 0.

2) исполнитель централизованных услуг (ГБУЗ «Камчатский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», ГБУЗ «Камчатский краевой онкологический диспансер») формирует реестр счета (файл в соответствии с таблицами Д1 или Д4) на оплату диагностических услуг, в том числе услуги «A09.19.001.002 - Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим (количественным) методом», «A09.05.130.001.001 - Исследование уровня общего и свободного простатспецифического антигена в крови, метод ИХЛА», «A08.20.017 -Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки» и т.п. по тарифу, установленному в соответствии с Соглашением № 1/2022. Для указанных услуг в рамках диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения значение элемента «P\_CEL» = 5.4;

3) страховая медицинская организация оплачивает исследования на основании предъявленного к оплате счета и реестра счета ГБУЗ «Камчатский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», ГБУЗ «Камчатский краевой онкологический диспансер» в пределах утвержденных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объемов указанных лабораторных исследований за счет уменьшения объема финансирования по профилактическим медицинским осмотрам, в том числе диспансеризации, направившей на исследование медицинской организации.

Оплата страховой медицинской организацией лабораторных исследований, проведенных на базе централизованных лабораторий, осуществляется после поступления в страховую медицинскую организацию подписанного акта сверки между медицинскими организациями, направившими на лабораторные исследования, и централизованной лабораторией. Приложением к акту сверки являются поименные списки пациентов, в отношении которых были оформлены направления, с указанием объемов проведенных исследований в разрезе оплачиваемых медицинских услуг (предоставляются в электронном виде в формате CSV в соответствии с требованиями, установленными приложением 1 к настоящему Порядку).

5.2.1.1. Медицинская организация, в которой застрахованному лицу проведена диспансеризация мобильными медицинскими бригадами, с использованием передвижного медицинского комплекса при формировании реестра счета на оплату медицинской помощи в электронном формате в сведениях о законченном случае элемент «VBR» заполняет значением «1».

5.2.1.2. В текущем календарном году к оплате предъявляется только 1 законченный случай (профилактический медицинский осмотр или 1-й этап диспансеризации) на 1 застрахованное по обязательному медицинскому страхованию лицо.

В электронном формате реестра счета:

– устанавливается значение элемента «IDSP» = 31 или 44;

– элемент «CODE\_USL» заполняется в соответствии с территориальным классификатором услуг;

– медицинские услуги (осмотры и исследования), оказанные застрахованному лицу ранее вне рамок диспансеризации, отражаются с датой их оказания (поля «DATE\_IN», «DATE\_OUT»);

– медицинские услуги (осмотры и исследования), по которым имеется отказ застрахованного лица, отражаются с датой отказа (поля «DATE\_IN», «DATE\_OUT») с указанием в поле «COMENTU» слова «ОТКАЗ»;

– при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации) проводится профилактический медицинский осмотр или диспансеризация и в реестре счета устанавливается значение элемента «PR\_D\_N» = 1 (состоит) или 2 (взят).

При проведении профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения случай считается завершенным при условии выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации (осмотры врачами-специалистами и исследования, выполненные ранее вне рамок диспансеризации, и отказы гражданина от прохождения отдельных осмотров должны составлять не более 15% установленного объема диспансеризации), при этом обязательным для всех граждан соответствующей половозрастной группы является:

– проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом-терапевтом (врачом-терапевтом участковым, врачом-терапевтом цехового врачебного участка, врачом общей практики (семейным врачом), врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером,

– проведение маммографии,

– исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом,

– осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки,

– определение простат-специфического антигена в крови.

Указанные исследования, являющиеся обязательными для признания случая законченным, должны быть проведены в течение текущего календарного года, за исключением следующих случаев, когда отсутствие отдельных услуг либо более ранние результаты исследований признаются обоснованными:

Маммография:

а) если невозможно провести исследование по медицинским показаниям в связи с мастэктомией, то услуга отражается без указания тарифа и стоимости и с указанием в поле «COMENTU» слова «МЕДПОКАЗАНИЯ»;

б) если в течение предшествующих 12 месяцев проводилась маммография или компьютерная томография молочных желез, то услуга отражается с датой ее оказания (поля «DATE\_IN», «DATE\_OUT») без указания тарифа и стоимости;

в) в случае, если при обращении гражданина для прохождения диспансеризации установлено, что исследование не проводилось ранее в рекомендованные сроки (от 40 до 75 лет включительно - маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм 1 раз в 2 года), то исследование проводится при обращении, график последующих исследований смещается согласно рекомендуемой частоте проведения исследования. В случае проведения исследования в сроки, отличные от рекомендованных, в сведениях об услуге отражаются даты ее оказания (поля «DATE\_IN», «DATE\_OUT»), в поле «COMENTU» указывается «УТОЧНСРОК»;

г) в соответствии с пунктом 11 Порядка гражданин вправе отказаться от проведения отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации. Услуга, по которой имеется отказ застрахованного лица, отражается с датой отказа (поля «DATE\_IN», «DATE\_OUT») без указания тарифа и стоимости и с указанием в поле «COMENTU» слова «ОТКАЗ».

Взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки:

а) если невозможно провести исследование по медицинским показаниям в связи с экстирпацией матки, virgo, то услуга отражается без указания тарифа и стоимости и с указанием в поле «COMENTU» слова «МЕДПОКАЗАНИЯ»;

б) если в течение текущего календарного года проводилось цитологическое исследование мазка с шейки матки, то услуга отражается с датой ее оказания (поля «DATE\_IN», «DATE\_OUT») без указания тарифа и стоимости;

в) цитологическое исследование мазка (соскоба) с шейки матки может дополнительно проводиться по медицинским показаниям без учета установленной периодичности, и подлежит оплате при прохождении профилактического осмотра или диспансеризации;

г) в случае, если при обращении гражданина для прохождения диспансеризации установлено, что исследование не проводилось ранее в рекомендованные сроки (от 18 до 64 лет включительно - взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки 1 раз в 3 года), то исследование проводится при обращении, график последующих исследований смещается согласно рекомендуемой частоте проведения исследования. В случае проведения исследования в сроки, отличные от рекомендованных, в сведениях об услуге отражаются даты ее оказания (поля «DATE\_IN», «DATE\_OUT»), в поле «COMENTU» указывается «УТОЧНСРОК»;

д) в соответствии с пунктом 11 Порядка гражданин вправе отказаться от проведения отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации. Услуга, по которой имеется отказ застрахованного лица, отражается с датой отказа (поля «DATE\_IN», «DATE\_OUT») без указания тарифа и стоимости и с указанием в поле «COMENTU» слова «ОТКАЗ».

Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом:

а) в случае, если при обращении гражданина для прохождения диспансеризации установлено, что исследование не проводилось ранее в рекомендованные сроки (в возрасте от 40 до 64 лет включительно - исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом 1 раз в 2 года), то исследование проводится при обращении, график последующих исследований смещается согласно рекомендуемой частоте проведения исследования. В случае проведения исследования в сроки, отличные от рекомендованных, в сведениях об услуге отражаются даты ее оказания (поля «DATE\_IN», «DATE\_OUT»), в поле «COMENTU» указывается «УТОЧНСРОК»;

б) если в течение текущего календарного года проводилось исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом с использованием иммунохимической реакции антиген-антитело, то услуга отражается с датой ее оказания (поля «DATE\_IN», «DATE\_OUT») без указания тарифа и стоимости;

в) в соответствии с пунктом 11 Порядка гражданин вправе отказаться от проведения отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации. Услуга, по которой имеется отказ застрахованного лица, отражается с датой отказа (поля «DATE\_IN», «DATE\_OUT») без указания тарифа и стоимости и с указанием в поле «COMENTU» слова «ОТКАЗ».

5.2.1.3. При проведении медико-экономического контроля случаев медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп населения, необходимо проводить следующие автоматизированные проверки:

1) соответствие возраста (по году рождения) застрахованного лица возрастным категориям, указанным в соответствующих Порядках;

2) отсутствие проведенного ранее в текущем году первого (второго) этапа диспансеризации, профилактического медицинского осмотра по конкретному застрахованному лицу;

3) дата начала (поле «DATE\_Z\_1») должна быть меньше или равна дате завершения «DATE\_Z\_2»;

4) соответствие перечня медицинских услуг, оказанных застрахованному лицу, утвержденному перечню осмотров и исследований с учетом половозрастной категории застрахованного лица и с учетом требований, установленных пунктом 5.2.1.2 настоящего Порядка;

5) давность осмотров и (или) исследований от даты начала случая диспансеризации/медицинского осмотра не должна превышать (значение поля «DATE\_IN» не может быть меньше значения поля «DATE\_Z\_1» больше, чем:):

- у взрослых – 12 месяцев, за исключением исследования кала на скрытую кровь, осмотра фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятия мазка с шейки матки, цитологического исследования мазка с шейки матки, определения простат-специфического антигена в крови, которые должны быть проведены в текущем календарном году;

- у детей – 3 месяца;

- у детей до 2-х лет – 1 месяц.

6) проведение второго этапа диспансеризации и медицинского осмотра возможно только при наличии проведенного первого этапа диспансеризации и медицинского осмотра:

а) дата начала второго этапа (поле «DATE\_Z\_1»; поле «DISP» = ДВ2) не может быть меньше даты завершения первого этапа (поле «DATE\_Z\_2»; поле «DISP» = ДВ1) по конкретному застрахованному лицу;

б) дата начала и завершения второго этапа не может быть позже, чем застрахованное лицо достигнет следующей возрастной группы.

5.2.1.4. В случаях, когда в районной больнице для проведения диспансеризации и медицинских осмотров привлекаются врачи «выездной бригады», организованной в соответствии с Постановлением Правительства Камчатского края от 07.04.2008 № 85-П «Об организации предоставления государственных услуг и государственных функций методом «выездных бригад»», предъявление реестра счета и счета к оплате производится в следующем порядке:

а) если для проведения осмотра или диагностики привлекается врач «выездной бригады» в части выполнения работ (оказания услуг), на которые в районной больнице имеется лицензия, то медицинская организация, в которой проводится диспансеризация/медицинский осмотр, включает осмотр либо результаты проведенных исследований указанного специалиста в реестр счета по диспансеризации/медицинскому осмотру. Наличие соответствующих сведений в первичной медицинской документации по месту проведения диспансеризации/медицинского осмотра обязательно.

б) если для проведения осмотра или диагностики привлекается врач «выездной бригады» в части выполнения работ (оказания услуг), на которые в районной больнице отсутствует лицензия, то предъявление реестра счета и счета к оплате производится в общеустановленном порядке медицинской организацией по месту оказания медицинской помощи при условии заключения договора с медицинской организацией, направившей соответствующего специалиста.

5.2.2. Оплата углубленной диспансеризации застрахованных по ОМС лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19, осуществляется за счет дополнительных межбюджетных трансфертов в бюджет Фонда, в связи с чем услуги, включенные в перечень исследований и медицинских вмешательств в рамках углубленной диспансеризации должны включаться в отдельный счет и реестр счета (формат таблицы Д.3 «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации»).

Если пациент в текущем году еще не проходил профилактический медицинский осмотр/диспансеризацию, то углубленная диспансеризация проводится одновременно с прохождением профилактического медицинского осмотра/диспансеризации. К оплате предъявляются отдельный счет и реестр счета по подушевому нормативу финансирования, включающий случаи профилактического медицинского осмотра/диспансеризации, и отдельный счет и реестр счета по углубленной диспансеризации. При этом, в реестре счета по углубленной диспансеризации отражаются только те услуги, на которые будут установлены тарифы в рамках углубленной диспансеризации. Оплата осмотра врачом осуществляется в рамках оплаты за комплексное посещение за случай обычного профилактического медицинского осмотра/диспансеризации.

Если в этом году пациент уже прошел профилактический медицинский осмотр/диспансеризацию и в данный момент проходит исключительно углубленную диспансеризацию, то оплата приема (осмотра) врачом осуществляется в составе подушевого норматива финансирования без дополнительной оплаты за единицу объема медицинской помощи.

Углубленная диспансеризация оплачивается в объеме услуг, на которые установлены тарифы в рамках углубленной диспансеризации.

В случаях, когда отдельные услуги проводятся в централизованных лабораториях либо в других медицинских организациях, межучережденческие расчеты осуществляются страховой медицинской организацией при соблюдении следующих условий:

1) медицинские организации, которые проводят углубленную диспансеризацию в реестре счета (файл в соответствии с таблицей Д3) в сведениях об услуге заполняют все необходимые сведения по кодам соответствующих услуг, элемент «TARIF – Тариф» не заполняется, значение элемента «SUMV\_USL – Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)» = 0;

2) исполнитель централизованных услуг формирует реестр счета (отдельный файл в соответствии с таблицей Д1) на оплату услуг по тарифу, установленному в соответствии с Соглашением № 1/2022. Для указанных услуг в рамках углубленной диспансеризации значение элемента «P\_CEL» = 5.4;

3) страховая медицинская организация осуществляет расчёты за выполненные исследования из средств иного межбюджетного трансферта путём оплаты стоимости выполненных услуг с учётом:

– сведений, содержащихся в реестрах счетов медицинских организаций, проводивших углубленную диспансеризацию, о выполненных услугах;

– с учетом стоимости услуг в реестре счёта медицинской организации – исполнителя отдельной услуги в рамках углубленной диспансеризации на основании актов сверки с приложением поимённых списков пациентов, в отношении которых были оформлены направления на исследования, с указанием объемов проведенных исследований в разрезе оплачиваемых медицинских услуг (предоставляются в электронном виде в формате CSV).

Оплата страховой медицинской организацией централизованных услуг осуществляется только после поступления в страховую медицинскую организацию подписанного акта сверки между медицинскими организациями, направившими на исследования, и исполнителем.

5.3.При формировании реестров счетов на оплату медицинской помощи в части **разовых посещений в связи с заболеванием** учитываются следующие особенности:

случаи, когда первичное посещение приходилось на предыдущий месяц, а на повторный прием пациент не явился в текущем месяце, включаются в счет и реестр счетов на оплату после завершения текущего месяца с обязательным заполнением элемента «COMENTSL» значением «I», элемента «RSLT» значением «302» - Лечение прервано по инициативе пациента.

5.3.1. При формировании реестров счетов на оплату медицинской помощи **в части посещений с иной целью при проведении диспансерного наблюдения** врачом-терапевтом (врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом)), врачом-акушером-гинекологом, иными врачами-специалистами, фельдшером фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) - в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача (в том числе по проведению диспансерного наблюдения), по поводу заболевания в соответствии с Перечнем, установленным Приложением к Порядку проведения диспансерного наблюдения, утвержденным приказом Минздрава России от 29.03.2019 № 173н, а также в соответствии с «Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденным Приказом Минздрава России от 01.11.2012 № 572н, в соответствии с Порядком диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями, утвержденным Приказом Минздрава России от 04.06.2020 № 548н, в соответствии с «Порядком прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях», утвержденным приказом Минздрава России от 16.05.2019 № 302н в электронном формате реестра счета обязательно заполнение элементов:

– «CODE\_USL» по кодам номенклатуры медицинских услуг, соответствующим диспансерному приему: В04.047.001, В04.047.003, В04.026.001, B04.001.001 и т.п.;

– «DN»;

– «P\_CEL» = 1.3 – Диспансерное наблюдение.

5.4.При формировании реестров счетов на оплату медицинской помощи в части **посещений по неотложной медицинской помощи (в том числе стоматологической помощи)** учитываются следующие особенности:

1) значение элемента «IDSP»=29.

2) при формировании реестров счетов в части оказания медицинской помощи в соответствии с пунктом 2.2.11 Соглашения № 1/2022 значения элементов «DATE\_1» и «DATE\_2», «DATE\_Z\_1» и «DATE\_Z\_2» соответствуют дате выписки пациента из стационара, значение элемента «PODR» должно соответствовать коду отделения круглосуточного стационара или приемного покоя. При оплате по тарифу за посещение по неотложной помощи в соответствии с п. 2.2.11 Соглашения № 1/2022 случая медицинской помощи, завершившегося летальным исходом, значение элемента «RSLT - Результат обращения» = 313 «Констатация факта смерти», значение элемента «ISHOD - Исход заболевания» = 305 «Ухудшение».

5.5. При формировании реестров счетов на оплату медицинской помощи в части **обращений по поводу заболевания** учитываются следующие особенности:

1) в реестре счета на бумажном носителе в поле «Объемы оказанной медицинской помощи», в электронном формате в значении элемента «ED\_COL» отражается 1 обращение к соответствующему врачу (среднему медицинскому персоналу, ведущему самостоятельный прием) по поводу одного заболевания;

2) в электронном формате реестра счета в сведениях об услуге обязательно заполнение элемента «CODE\_USL» на каждое посещение, включенное в обращение по поводу заболевания, в соответствии со Справочником T001 «Территориальный классификатор работ и услуг в здравоохранении по классу медицинской услуги «В» разделу «01» и элемента «KOL\_USL», соответствующего количеству посещений пациента. Данные сведения вносятся в реестр для учета количества выполненных посещений по медицинским специальностям и формирования статистических данных;

3) для среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием, указываются коды услуги «В01.026.001» и «В01.026.002»;

4) случаи, когда два и более посещений приходились на предыдущий месяц, а на повторный прием пациент не явился в текущем месяце, включаются в счет и реестр счета на оплату после завершения текущего месяца с обязательным заполнением элемента «COMENTSL» значением «I», элемента «RSLT» значением «302» - Лечение прервано по инициативе пациента или значением «303» - Лечение прервано по инициативе ЛПУ;

5) при осуществлении катамнестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией все посещения в течение одного месяца к врачу-педиатру и врачам-специалистам учитываются в составе одного обращения по поводу заболевания (комплексная услуга) и в электронной форме реестра счета на оплату медицинской помощи в составе одного законченного случая отражаются сведения обо всех случаях. При этом стоимость законченного случая, выставленная к оплате, со значением, отличным от 0, отражается только в сведениях о случае по профилю «Педиатрия»;

6) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в случаях, когда врач при проведении осмотра только заподозрил заболевание, но диагноза не поставил и направил пациента к соответствующему специалисту другого профиля в пределах одной медицинской организации для установки диагноза, посещения у врача, проводившего осмотр, и посещение у консультирующего специалиста учитываются как один законченный случай (обращение по поводу заболевания). В реестре счета на оплату медицинской помощи в составе одного законченного случая отражаются сведения обо всех случаях (по разным профилям медицинской помощи). При этом в сведениях о случае по профилю соответствующего консультирующего врача отражается стоимость каждого посещения, выставленная к оплате. В сведениях о случае по профилю врача, проводившего осмотр (врач-терапевт участковый, врач-педиатр участковый и т.п.), стоимость указывается в зависимости от кратности соответствующих посещений (за посещение или обращение по заболеванию);

7) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях при оформлении направления на плановую госпитализацию, направления на МСЭ, при оформлении санаторно-курортной карты, при оформлении медицинской карты ребенка, медицинской справки в организации отдыха детей и их оздоровления в реестре счета на оплату медицинской помощи в составе одного законченного случая отражаются сведения обо всех случаях (по разным профилям медицинской помощи). При этом в сведениях о случае по профилю соответствующего врача отражается стоимость каждого посещения, выставленная к оплате. В сведениях о случае по профилю врача, оформляющего направление (врач-терапевт участковый, врач-педиатр участковый и т.п.), стоимость указывается в зависимости от кратности соответствующих посещений (за посещение или обращение по заболеванию). В случае, если в медицинской организации, оформляющей направление, отсутствуют врачи отдельных специальностей и осмотр пациента производят специалисты других медицинских организаций, оплата осуществляется в порядке межучрежденческих расчетов.

При формировании реестров счетов на оплату **стоматологической медицинской помощи (по поводу заболевания)**, учитываются следующие особенности:

1) посещение пациентом смотрового кабинета по коду МКБ-10 Z01.2 (стоматологическое обследование) с последующим лечением у профильного врача-специалиста входит в состав обращения по поводу заболевания и учитывается в общем объеме услуг, входящих в соответствующее обращение, с указанием услуги «Прием (осмотр, консультация) … первичный»;

2) в электронной форме реестра для стоматологических обращений по поводу заболеваний устанавливается значение элемента «P\_CEL» = 3.0 – Обращение по заболеванию;

3) в электронной форме реестра счета в сведениях о случае по одному пациенту значение элемента **«ED\_COL»=1** и соответствует 1 обращению по поводу заболевания (включает все посещения соответствующего пациента по поводу заболевания, в том числе посещение смотрового кабинета (при наличии)). При этом в случаях, когда в рамках обращения одновременно проводилось лечение по нескольким заболеваниям, в реестре счета в сведениях о случае отражается один наиболее затратоемкий диагноз по элементу «DS1».

Случай считается законченным и предъявляется к оплате только при заполнении элемента «DATE OUT». В целях определения длительности законченного случая (обращения по заболеванию) в талоне амбулаторного пациента предусмотреть поле для отметки о необходимости повторного посещения. Элемент «DATE OUT» заполняется при отсутствии в талоне амбулаторного больного (статистическом талоне) отметки о необходимости повторного посещения;

4) в электронной форме реестра счета в сведениях о случае элемент «TARIF» не заполняется, а стоимость обращения по поводу заболевания (значение элемента «SUM\_M) как суммарная стоимость всех оказанных комплексных медицинских услуг, заполненных в сведениях об услуге;

5) в электронной форме реестра счета в сведениях об услуге:

– в части отражения оказанных комплексных медицинских услуг по перечню, утвержденному в разделе 1 таблицы приложения 2.4.1 к Соглашению № 1/2022, значение элементов «DATE\_IN» и «DATE\_OUT» должно соответствовать дате посещения, отраженного в первичной медицинской документации; значение элемента «DS» соответствует значению элемента «DS1»в сведениях о случае;

– в части отражения оказанных комплексных медицинских услуг по перечню, утвержденному в разделе 2 таблицы приложения 2.4.1 к Соглашению № 1/2022, значение элементов «DATE\_IN» и «DATE\_OUT» соответствует датам лечения 1 зуба, с заполнением элемента «DS», соответствующего оказанной комплексной медицинской услуге;

– элементы «CODE\_USL», «KOL\_USL» **(соответствует количеству оказанных комплексных услуг)**, «TARIF» заполняются в соответствии с приложением 2.4.1 к Соглашению № 1/2022;

– в целях обеспечения учета количества выполненных посещений по медицинским специальностям и формирования статистических данных в электронной форме реестра счета в сведениях об услуге обязательно заполнение элемента «CODE\_USL» на каждое посещение, включенное в обращение по поводу заболевания в стоматологии, в соответствии со Справочником T001 «Территориальный классификатор работ и услуг в здравоохранении по классу медицинской услуги «В» разделу «01». Кроме того, в обязательном порядке заполняется значение элемента «COMENTU» в формате N(2), соответствующее количеству посещений пациента. Количество повторных посещений в пределах одного законченного случая отражается в одной строке общим значением. Элементы «TARIF», «KOL\_USL», «SUMV\_USL» заполняются нулевыми значениями.

7) случаи, когда лечение начато в предыдущем месяце, а на повторный прием пациент не явился в текущем месяце, включаются в счет и реестр счета на оплату после завершения текущего месяца с обязательным заполнением элемента «COMENTSL» значением «I», элемента RSLT значением «302» - Лечение прервано по инициативе пациента.

5.6. При формировании реестров счетов на оплату медицинской помощи с **применением методов диализа в амбулаторных условиях**, учитываются следующие особенности:

1) при формировании обращений с применением диализа устанавливается значение элемента «IDSP»=28;

2) в сведениях об услуге элемент «CODE\_USL» заполняется кодами «A18.05.002» при проведении гемодиализа, «А18.05.011» при проведении гемодиафильтрации, для перитонеального диализа указывается код «А18.30.001». Элемент «KOL\_USL» заполняется соответственно количеству выполненных услуг;

3) в сведениях о случае элемент «TARIF» не заполняется, а стоимость обращения по поводу заболевания с применением методов диализа (значение элемента «SUM\_M) определяется как суммарная стоимость всех оказанных услуг, заполненных в сведениях об услуге;

4) в сведениях об услуге обязательно заполнение элемента «CODE\_USL» в соответствии со Справочником T001 «Территориальный классификатор работ и услуг в здравоохранении по классу медицинской услуги «В» разделу «01» по посещениям, включенным в обращение по поводу заболевания и элемента «KOL\_USL», соответствующего количеству посещений пациента. Элементы «TARIF», «SUMV\_USL» не заполняются. Данные сведения вносятся в реестр для учета количества выполненных посещений по медицинским специальностям и формирования статистических данных.

5.7. При формировании реестров счетов на оплату **амбулаторной медицинской помощи** **по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц** устанавливается значение элемента «IDSP»=31.

Случаи оказанной медицинской помощи, включенные в реестр по подушевому нормативу и отклоненные после проведения медико-экономического контроля, дорабатываются в установленные законодательством сроки и подаются к оплате в общем счете по тарифам с учетом Кподуш. В данных случаях значение элемента «IDSP»=31.

После расчета индивидуального коэффициента соответствия (Кподуш) в электронной форме реестра в значении элемента «SUMV» по каждой строке отражается сумма с учетом Кподуш (сумма отражается с двумя знаками после запятой, без округления).

5.8. При формировании реестров счетов на оплату **амбулаторной медицинской помощи**, оказанной фельдшерскими пунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами устанавливается значение элемента «IDSP»=31.

Случаи оказанной медицинской помощи, включенные в реестр по нормативу финансирования ФП/ФАП и отклоненные после проведения медико-экономического контроля, дорабатываются в установленные законодательством сроки и подаются к оплате в общем счете по тарифам с учетом Кподуш. В данных случаях значение элемента «IDSP»=31.

После расчета индивидуального коэффициента соответствия (Кфп/фап) в электронной форме реестра в значении элемента «SUMV» по каждой строке отражается сумма с учетом Кфп/фап (сумма отражается с двумя знаками после запятой, без округления).

**6. Установить, что при формировании реестров счетов на оплату** **стационарной медицинской помощи** (раздел 3.5 Соглашения № 1/2022)в обязательном порядке заполняются элементы:

«N\_KSG», соответствующий номеру выбранной КСГ;

«KD\_Z» и «KD», соответствующие продолжительности госпитализации в койко-днях;

«KSG\_PG» – признак использования подгруппы;

«VER\_KSG» = 2022;

«KOEF\_Z» – коэффициент затратоемкости;

«KOEF\_UP» – ~~управленческий коэффициент~~ коэффициент специфики;[[1]](#footnote-1)

«BZTSZ» – значение базовой ставки;

«KOEF\_D» – значение коэффициента дифференциации;

«KOEF\_U» – значение коэффициента уровня/подуровня;

«TARIF» – тариф в соответствии с приложением 3.1 к Соглашению № 1/2022, с двумя знаками после запятой, с учетом математических правил округления;

«SL\_K» – признак использования КСЛП;

~~«CODE\_MES2», соответствующий признаку длительности случая со значением:~~

~~«1» – для законченного случая,~~

~~«21» – для прерванного, в том числе сверхкороткого, случая длительностью до 3 дней с оплатой 30% от стоимости соответствующей КСГ;~~

~~«22» – для сверхкороткого случая длительностью от 3 до 5 дней включительно с оплатой 50% от стоимости соответствующей КСГ;~~

~~«3» - для прерванного случая длительностью более 5 дней с оплатой 80% от стоимости соответствующей КСГ.~~

«CODE\_MES2», соответствующий признаку длительности случая со значением:

«1» – для законченного случая,

«21» – для прерванного, в том числе сверхкороткого, случая длительностью менее 3 дней включительно, при невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии с оплатой 20% от стоимости соответствующей КСГ;

«22» – для сверхкороткого случая длительностью менее 3 дней включительно при выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии с оплатой 80% от стоимости соответствующей КСГ;

«23» – для прерванного, в том числе сверхкороткого, случая длительностью менее 3 дней включительно, с оплатой в размере 100 % стоимости соответствующей КСГ;

«24» - для прерванного случая длительностью более 3 дней при выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии с оплатой 90% от стоимости соответствующей КСГ;

«3» – для прерванного случая длительностью более 3 дней при невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии с оплатой 50% от стоимости соответствующей КСГ;

«4» – для сверхдлительной госпитализации.[[2]](#footnote-2)

6.1. При оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям по КСГ относящимся к профилю «Неонатология» в электронной форме реестра счета в сведениях о случае в обязательном порядке заполняется значение элемента, соответствующее весу новорожденного: VNOV\_M (если в качестве пациента указана мать) или VNOV\_D (если в качестве пациента указан ребенок).

6.2. Основные аспекты формирования КСГ отражены в Инструкции по группировке случаев по КСГ в соответствии с приложением 4 к настоящему Порядку.

6.3. Процесс отнесения случая к КСГ регламентируется таблицами «Группировщик» и «Группировщик детальный» (таблицы идентичны, за исключением того, что «Группировщик детальный» содержит расшифровки кодов МКБ 10, Номенклатуры и КСГ), представленных в файле «Расшифровка групп КС» формата MS Excel, в соответствии с приложением 5 к настоящему Порядку.

6.4. При оказании медицинской помощи больным с острым мозговым нарушением кровообращения при заполнении элемента DS1 кодом МКБ-10 из группы «I» элемент PROFIL должен соответствовать профилю медицинской помощи «неврология».

**7. Установить, что при формировании реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара** (раздел 3.6 Соглашения № 1/2022)в обязательном порядке заполняется элемент «CODE\_MES2», соответствующий признаку длительности случая со значением:

~~«1» – для законченного случая,~~

~~«21» – для прерванного, в том числе сверхкороткого, случая длительностью до 3 дней с оплатой 30% от стоимости соответствующей КСГ;~~

~~«22» – для сверхкороткого случая длительностью от 3 до 5 дней включительно с оплатой 50% от стоимости соответствующей КСГ;~~

~~«3» - для прерванного случая длительностью более 5 дней с оплатой 80% от стоимости соответствующей КСГ.~~

«1» – для законченного случая,

«21» – для прерванного, в том числе сверхкороткого, случая длительностью менее 3 дней включительно, при невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии с оплатой 20% от стоимости соответствующей КСГ;

«22» – для сверхкороткого случая длительностью менее 3 дней включительно при выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии с оплатой 80% от стоимости соответствующей КСГ;

«23» – для прерванного, в том числе сверхкороткого, случая длительностью менее 3 дней включительно, с оплатой в размере 100 % стоимости соответствующей КСГ;

«24» - для прерванного случая длительностью более 3 дней при выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии с оплатой 90% от стоимости соответствующей КСГ;

«3» – для прерванного случая длительностью более 3 дней при невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии с оплатой 50% от стоимости соответствующей КСГ.[[3]](#footnote-3)

~~7.1. При формировании реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях~~ **~~дневного стационара, с применением методов диализа,~~** ~~учитываются следующие особенности:~~

~~1) значение элемента «IDSP»=33;~~

~~2) в сведениях об услуге элемент «CODE\_USL» заполняется кодами «A18.05.002» при проведении гемодиализа, «А18.05.011» при проведении гемодиафильтрации. Элемент «KOL\_USL» заполняется соответственно количеству выполненных услуг;~~

~~3) в сведениях о случае стоимость законченного случая с применением методов диализа (значение элемента «SUM\_M») определяется как суммарная стоимость КСГ и услуг, заполненных в сведениях об услуге.~~

7.1. Для КСГ ds36.008, ds36.009, ds36.010 значение элемента «CODE\_MES2» = «21» либо «3» может устанавливаться только в случаях применения классификационного критерия «gibp04», «gibp05», «gibp25», «gibp27» в сочетании с длительностью лечения менее 30 дней.

Во всех остальных случаях для указанных КСГ устанавливается значение элемента «CODE\_MES2» = «1». Учитывая, что классификационным критерием формирования указанных КСГ «gibp01»–«gibp03», «gibp06»– «gibp24», «gibp26», «gibp28»– «gibp31» предусмотрено 1 введение препарата, соответствующее 1 дню лечения в дневном стационаре, тариф КСГ применяется в полном объеме при длительности лечения 1 день.[[4]](#footnote-4)

7.2. Процесс отнесения случая к КСГ регламентируется таблицами «Группировщик» и «Группировщик детальный» (таблицы идентичны, за исключением того, что «Группировщик детальный» содержит расшифровки кодов МКБ 10, Номенклатуры и КСГ), представленных в файле «Расшифровка групп ДС» формата MS Excel, в соответствии с приложением 6 к настоящему Порядку.

**8. Установить, что при формировании реестров счетов на оплату** **скорой медицинской помощи** (раздел 3.7 Соглашения № 1/2022):

При формировании реестра на оплату по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи устанавливается значение элемента «IDSP»=36.

8.1. Руководители медицинских организаций, расположенных в Петропавловск-Камчатском городском округе и Елизовском муниципальном районе, осуществляющих оказание медицинской помощи в стационарных условиях, в обязательном порядке организуют информационное взаимодействие со станциями скорой медицинской помощи по поводу идентификации граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, доставленных бригадами скорой медицинской помощи в состоянии, не позволяющем на момент госпитализации произвести их идентификацию (в форме № 114/у «Сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи и талон к нему» отсутствуют фамилия, имя, отчество).

Ежемесячно по состоянию на 01 и 15 число текущего месяца медицинская организация, оказывающая стационарную медицинскую помощь, направляет в электронном формате (EXCEL) и на бумажном носителе за подписью главного врача имеющиеся сведения об идентификации граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, доставленных бригадами скорой медицинской помощи в состоянии, не позволяющем на момент госпитализации произвести их идентификацию (приложение 7 к настоящему Порядку). В сведениях заполняется информация, которой располагает медицинская организация, оказывающая стационарную медицинскую помощь.

**9. При формировании реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным в Камчатском крае,** **по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям** предоставляемой соответствующей медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) (раздел 3.8 Соглашения № 1/2022) значение элемента «IDSP»=44.

После расчета индивидуального коэффициента соответствия (Кподуш) в электронной форме реестра в значении элемента «SUMV» по каждой строке отражается сумма с учетом Кподуш (сумма отражается с двумя знаками после запятой, без округления).

9.1. Случаи оказанной медицинской помощи, включенные в реестр по подушевому нормативу и отклоненные территориальным фондом ОМС Камчатского края после проведения медико-экономического контроля, дорабатываются в установленные законодательством сроки и подаются к оплате в общем счете по тарифам с учётом Кподуш. В электронной форме реестра счета в сведениях об услуге значение элемента «IDSP»=44.

9.3. При формировании реестров счетов на оплату **амбулаторной медицинской помощи**, оказанной фельдшерскими пунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами устанавливается значение элемента «IDSP»=31.

Случаи оказанной медицинской помощи, включенные в реестр по нормативу финансирования ФП/ФАП и отклоненные после проведения медико-экономического контроля, дорабатываются в установленные законодательством сроки и подаются к оплате в общем счете по тарифам с учетом Кподуш. В данных случаях значение элемента «IDSP»=31.

После расчета индивидуального коэффициента соответствия (Кфп/фап) в электронной форме реестра в значении элемента «SUMV» по каждой строке отражается сумма с учетом Кфп/фап (сумма отражается с двумя знаками после запятой, без округления).

**10. Установить, что при формировании реестра счёта на оплату медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования учитываются следующие особенности:**

1) сведения о проведенных исследованиях и их результатах, входящие в состав сведений о случае лечения онкологического заболевания, заполняются, если в рамках указанного случая был взят материал для проведения диагностики и/или были получены сведения о результате проведенной диагностики, с обязательным заполнением элементов «DIAG\_DATE» - Дата взятия материала, «DIAG\_TIP» - Тип диагностического показателя, ««DIAG\_CODE» - Код диагностического показателя. Диагностический блок заполняется по каждому диагностическому показателю (элемент «B\_DIAG» подразумевает множественность данных). В сведениях об услуге (элемент «USL») не дублируются сведения, указанные в диагностическом блоке, за исключением услуг, предъявляемых к оплате медицинскими организациями в соответствии с разделом 3.3 Соглашения № 1/2022.

2) при выявлении подозрения на злокачественное новообразование в сведениях о случае при заполнении элемента DS1 допускается отражение диагноза по коду «С».

3) при выявлении подозрения на злокачественное новообразование обязательно заполнение элемента «NAPR» в сведениях о случае.

В сведениях об оформлении направления при заполненном «MET\_ISSL» обязательно заполнение элемента «NAPR\_USL» кодами медицинских услуг, указанных в направлении, в части подтверждения/исключения диагноза злокачественного новообразования.

4) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, когда в сведениях о законченном случае «USL\_OK»=3, значение элемента «DS1\_T» в сведениях о случае лечения онкологического заболевания устанавливается в диапазоне от 3 до 6.

5) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в связи с оформлением рецепта на лекарственные препараты пациенту с установленным диагнозом злокачественного новообразования в сведениях о случае лечения онкологического заболевания значение элемента «DS1\_T»=6 (Симптоматическое лечение) – при оформлении рецепта на обезболивающие препараты, «DS1\_T»=3 (Динамическое наблюдение) – при оформлении рецепта на противоопухолевые препараты.

6) сведения об услуге при лечении онкологического заболевания (элемент «ONK\_USL») заполняются только при проведении противоопухолевого лечения в рамках оказания медицинской помощи в круглосуточном стационаре или в условиях дневного стационара по профилям медицинской помощи «Онкология», «Гематология» или «Детская онкология». В случаях, когда элемент «DS1\_T»=3, 4, 5, 6, сведения об услуге при лечении онкологического заболевания (элемент «ONK\_USL») не заполняются.

7) при установленном диагнозе злокачественного новообразования в сведениях о случае заполняются сведения о проведении консилиума:

– значение элемента «DT\_CONS – Дата проведения консилиума» заполняется только той медицинской организацией, в которой был проведен консилиум. Консилиумом врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов устанавливается тактика медицинского обследования и лечения, с привлечением при необходимости других врачей-специалистов. Решение консилиума врачей оформляется протоколом, подписывается участниками консилиума врачей и вносится в медицинскую документацию больного;

– в случаях, когда в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь пациенту с установленным диагнозом злокачественного новообразования, консилиум не проводился, значение элемента «PR\_CONS – Цель проведения консилиума» = 0;

8) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в части диспансерного наблюдения: в сведениях о законченном случае «USL\_OK»=3, в сведениях о случае «P\_CEL» = 1.3, «DN» = {1, 2, 4, 6}.

11. Распространить действие настоящего Порядка на правоотношения, возникшие при оказании медицинской помощи с 01.01.2022 года.

1. В редакции Порядка 3/2022 от 31.03.2022 г. с 01.02.2022 г. [↑](#footnote-ref-1)
2. В редакции Порядка 3/2022 от 31.03.2022 г. с 01.02.2022 г. [↑](#footnote-ref-2)
3. В редакции Порядка 3/2022 от 31.03.2022 г. с 01.02.2022 г. [↑](#footnote-ref-3)
4. В редакции Порядка 3/2022 от 31.03.2022 г. с 01.01.2022 г. [↑](#footnote-ref-4)