Приложение 4

к Протоколу заседания Комиссии

по разработке ТП ОМС в Камчатском крае

от 28.07.2021 года № 4/2021

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

28.07.2021 № 4/2021

1. Внести следующие изменения в Порядок информационного взаимодействия при формировании счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае от 19.01.2021 № 1/2021 (далее – Порядок № 1/2021):

* 1. Дополнить пунктом 5.2.2 следующего содержания:

«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 таблицыД.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 № 1/2021. 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.».

Распространить действие настоящего подпункта на правоотношения, возникшие при оказании медицинской помощи с 01.07.2021 года.

* 1. Пункт 3.7 приложения 4 к Порядку № 1/2021 дополнить абзацем следующего содержания:

«В случаях перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара либо перевода пациента в стационарное отделение другой медицинской организации, если перевод обусловлен выявлением новой коронавирусной инфекции COVID-19, являющейся в данном случае заболеванием, входящим в другой класс МКБ-10 и не являющейся следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ. При этом случай лечения до осуществления перевода оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев, а случай лечения новой коронавирусной инфекции подлежит оплате по одной из КСГ st12.015-st12.018 в зависимости от тяжести течения заболевания.»

Распространить действие настоящего подпункта на правоотношения, возникшие при оказании медицинской помощи с 01.07.2021 года.

* 1. Приложения 5 и 6 к Порядку № 1/2021 изложить в новой редакции в соответствии с приложениями № 1 и № 2 к настоящему Порядку.

Распространить действие настоящего подпункта на правоотношения, возникшие при оказании медицинской помощи с 01.05.2021 года.