Приложение 4

к Протоколу заседания Комиссии

по разработке ТП ОМС в Камчатском крае

от 23.10.2025 года № 10/2025

**Правила применения тарифов при формировании счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае**

23.10.2025 № 7/2025

1. Внести следующие изменения в Правила применения тарифов при формировании счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае № 1/2025 от 30.01.2025 (далее – Правила № 1/2025):

* 1. В таблице пункта 3 Правил № 1/2025 слова «применяется при оплате диагностических услуг, а также при оплате диализа» заменить словами «применяется при оплате диагностических услуг, телемедицинских консультаций, а также при оплате услуг диализа».

Распространить действие настоящего подпункта на правоотношения, возникшие при оказании медицинской помощи с 01.10.2025 года.

* 1. Пункт 4.7 Правил № 1/2025 изложить в следующей редакции:

«4.7. При заполнении реестра счета в связи с проведением телемедицинских врачебных консультаций в формате **врач-врач** МО-исполнителем обязательно заполнение следующих элементов:

- «NPR\_MO» – код МО, направившей на консультацию:

- «CODE\_USL» = B01.099.001 «Телемедицинская консультация врача-специалиста»;

- «TARIF» – в соответствии с тарифом, установленным Соглашением № 1/2025 на оплату телемедицинских врачебных консультаций;

- «P\_CEL» = 9.1-9.6;

- «IDSP» = 28.

Значение элемента «P\_CEL» должно соответствовать значению кода цели в соответствии со справочником Т025 «Территориальный классификатор целей посещения»:

– «P\_CEL» = 9.1 – телемедицинская консультация в рамках посещения с иной целью в амбулаторных условиях;

– «P\_CEL» = 9.2 – телемедицинская консультация в рамках диспансерного наблюдения в амбулаторных условиях;

– «P\_CEL» = 9.3 – телемедицинская консультация в рамках медицинской реабилитации в амбулаторных условиях;

– «P\_CEL» = 9.4 – телемедицинская консультация в рамках обращения по заболеванию амбулаторных условиях;

– «P\_CEL» = 9.5 – телемедицинская консультация в рамках законченного случая в стационарных условиях;

– «P\_CEL» = 9.6 – телемедицинская консультация в рамках законченного случая в условиях дневного стационара.

МО-заказчиком при включении в счет и реестр счета случая оказания медицинской помощи с проведением телемедицинских врачебных консультаций обязательно заполнение следующих элементов:

- «CODE\_USL» = B01.099.002 «Рекомендации врача в рамках проведения телемедицинской консультации» с отражением по дате проведения телемедицинской консультации;

- «TARIF» = 0.

В медицинской документации пациента обязательно наличие сведений о проведении и результатах с отражением по дате проведения телемедицинской консультации.

Оплата страховыми медицинскими организациями проведенных телемедицинских врачебных консультаций в формате врач-врач осуществляется на основании предъявленного на оплату МО-исполнителями отдельного счета и реестра счета за счет уменьшения объема финансирования МО-заказчика после проведения медико-экономического контроля.

4.7.1. При заполнении реестра счета в связи с проведением телемедицинских врачебных консультаций в формате **врач-пациент** МО-исполнителем обязательно заполнение следующих элементов:

- «NPR\_MO» – код МО, направившей на консультацию:

- «CODE\_USL» = B01.099.001 «Телемедицинская консультация врача-специалиста»;

- «TARIF» – в соответствии с тарифами посещений с иной целью или обращений по заболеванию, установленными приложением 2.4 к Соглашению № 1/2025;

- «P\_CEL» =9.1-9.4;

- «IDSP» – в соответствии с установленным приложением 1 к Соглашению № 1/2025 способом оплаты для соответствующей медицинской помощи.

Медицинская организация, оформившая направление на телемедицинскую консультацию пациента, не учитывает проведенную в телемедицинском пункте консультацию как посещение и не предъявляет её к оплате в страховые медицинские организации и в территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края.

Оплата страховыми медицинскими организациями проведенных телемедицинских врачебных консультаций в формате врач-пациент осуществляется на основании предъявленного на оплату МО-исполнителями отдельного счета и реестра счета по тарифам посещений с иной целью или обращений по заболеванию, установленным приложением 2.4 к Соглашению № 1/2025.

4.7.2. При включении в реестр счетов случаев лечения в дневном или круглосуточном стационарах в период пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в ГБУЗ «Камчатский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» с целью лечения хронического вирусного гепатита B или C проведенные телемедицинские консультации врача-инфекциониста отдельной оплате страховыми медицинскими организациями не подлежат, так как стоимость врачебных осмотров уже учтена в стоимости КСГ по лечению гепатита.»

Распространить действие настоящего подпункта на правоотношения, возникшие при оказании медицинской помощи с 01.10.2025 года.

* 1. Таблицу пункта 5.1 Правил № 1/2025 дополнить строками следующего содержания:

«

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 9.1 | Телемедицинская консультация в рамках посещения с иной целью в амбулаторных условиях |  |
| 9.2 | Телемедицинская консультация в рамках диспансерного наблюдения в амбулаторных условиях |  |
| 9.3 | Телемедицинская консультация в рамках медицинской реабилитации в амбулаторных условиях |  |
| 9.4 | Телемедицинская консультация в рамках обращения по заболеванию в амбулаторных условиях |  |
| 9.5 | Телемедицинская консультация в рамках законченного случая в стационарных условиях |  |
| 9.6 | Телемедицинская консультация в рамках законченного случая в условиях дневного стационара |  |

».

Распространить действие настоящего подпункта на правоотношения, возникшие при оказании медицинской помощи с 01.10.2025 года.

* 1. В пункт 5.2 Правил № 1/2025 внести следующие изменения:
     1. слова «7) при проведении диспансеризации взрослого населения в случае, если на фельдшера возложены обязанности врача-терапевта по проведению диспансеризации в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 23.03.2012 № 252н, в реестрах счета заполняется услуга «B04.047.004.001 - врач-терапевт (диспансеризация 1 этап)»;» исключить;
     2. подпункт 5 изложить в новой редакции:

«5) при включении в реестр счета комплексного обследования в Центре здоровья (в сочетании с кодом услуги B03.047.002.001 «Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование и разработка индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни, рекомендация индивидуальной программы здорового питания») обязательно заполнение элементов:

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

- «CODE\_USL» – по перечню услуг, предусмотренных в составе комплексного обследования, фактически проведенных медицинской организацией:

- B04.070.003.001 «Проведение врачом/фельдшером индивидуального углубленного профилактического консультирования»;

- A01.30.026.002 «Анкетирование пациента по теме ЗОЖ»;

- A01.30.026.003 «Анкетирование пациента по вопросам питания»;

- A05.30.014.001 «Проведение биоимпедансометрии»;

- A02.07.004.002 «Проведение антропометрии (рост, вес, окружность талии)»;

- A02.02.003.001 «Проведение динамометрии»;

- A02.30.007.001 «Проведение исследования при помощи смокелайзера»;

- A12.09.002.101 «Проведение спирометрии»;

- A12.09.005 «Проведение пульсоксиметрии/применение ангиоскана»;

- B04.070.003.002 «Разработка врачом/фельдшером программы по ЗОЖ, ее разъяснение»;

- B04.070.003.003 «Разработка врачом/фельдшером рекомендации по здоровому питанию, их разъяснение»;

- B04.070.003.004 «Установка мобильного приложения на смартфон пациента с помощью медицинской сестры и обучение пациента работе с приложением»;

- «TARIF» = 0».

При включении в реестр счета комплексного обследования в Центре здоровья (в сочетании с кодом услуги B03.047.002.002 «Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование и разработка индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни, рекомендация индивидуальной программы здорового питания с применением телемедицинских технологий») обязательно заполнение элементов:

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

- «CODE\_USL» – по перечню услуг, предусмотренных в составе комплексного обследования, фактически проведенных медицинской организацией:

- B04.070.003.001 «Проведение врачом/фельдшером индивидуального углубленного профилактического консультирования»;

- A01.30.026.002 «Анкетирование пациента по теме ЗОЖ»;

- A01.30.026.003 «Анкетирование пациента по вопросам питания»;

- B04.070.003.002 «Разработка врачом/фельдшером программы по ЗОЖ, ее разъяснение»;

- B04.070.003.003 «Разработка врачом/фельдшером рекомендации по здоровому питанию, их разъяснение»;

- B04.070.003.004 «Установка мобильного приложения на смартфон пациента с помощью медицинской сестры и обучение пациента работе с приложением»;

- «TARIF» = 0».

При включении в реестр счета комплексного обследования в Центре здоровья (в сочетании с кодом услуги B03.047.002.003 «Групповое углубленное профилактическое консультирование в центре здоровья для взрослых, в том числе с применением телемедицинских технологий») обязательно заполнение элементов:

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

- «CODE\_USL» – по перечню услуг, предусмотренных в составе комплексного обследования, фактически проведенных медицинской организацией:

- B04.070.005.001 «Проведение врачом/фельдшером группового углубленного профилактического консультирования»;

- «TARIF» = 0».

Комплексное обследование в Центре здоровья предъявляется к оплате только в случае выполнения всех услуг, входящих в состав комплексного посещения. Исключением является услуга B04.070.003.004 «Установка мобильного приложения на смартфон пациента с помощью медицинской сестры и обучение пациента работе с приложением».

В части отражения оказанных медицинских услуг, предусмотренных в составе комплексного обследования, значение элементов «DATE\_IN» и «DATE\_OUT» должно соответствовать дате посещения, отраженного в первичной медицинской документации.

При предъявлении к оплате счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной в Центре здоровья, обязательно заполняется элемент «LPU\_1» в соответствии со справочником F033 «Справочник структурных подразделений медицинских организаций (SPMO)» кодом структурного подразделения медицинской организации, соответствующим Центру здоровья.».

Распространить действие настоящего подпункта на правоотношения, возникшие при оказании медицинской помощи с 01.10.2025 года.

* 1. Пункт 6.5 Правил № 1/2025 дополнить абзацем следующего содержания:

«При заполнении реестра счета на оплату проведенных услуг диализа МО-исполнителем обязательно заполнение следующих элементов:

- «IDSP»=28;

- «CODE\_USL»=«A18.05.002» при проведении гемодиализа, «А18.05.011» при проведении гемодиафильтрации, «А18.30.001» для перитонеального диализа;

- «KOL\_USL» заполняется соответственно количеству выполненных услуг;

- «P\_CEL»=6.7.

- «TARIF» не заполняется, а стоимость случая оказанной медицинской помощи с применением методов диализа (значение элемента «SUM\_M) определяется как суммарная стоимость всех оказанных услуг, заполненных в сведениях об услуге.»

Распространить действие настоящего подпункта на правоотношения, возникшие при оказании медицинской помощи с 01.10.2025 года.

* 1. Приложения 5, 6 к Правилам № 1/2025 изложить в соответствии с приложениями 1, 2 к настоящим Правилам.

Распространить действие настоящего подпункта на правоотношения, возникшие при оказании медицинской помощи с 01.10.2025 года.