Приложение 3

к Протоколу заседания Комиссии

по разработке ТП ОМС в Камчатском крае

от 01.02.2019 года № 2/2019

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

01.02.2019 № 1/2019

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 / 2019 от 27.12.2018 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 и порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования», утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79, с учетом настоящего Порядка.

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, при оплате вызовов с проведением тромболизиса, при оплате вызова к пациенту с установленным диагнозом ЗНО |
| 25 | По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи | применяется медицинскими организациями по Перечню, установленному приложением 1.2 к Соглашению № 1/2019 |
| 28 | За медицинскую услугу | применяется при оплате диагностических услуг в соответствии с разделом 3.3 Соглашения № 1/2019, а также при оплате диализа в амбулаторных условиях |
| 29 | За посещение | применяется медицинскими организациями по Перечню, установленному приложением 1.1 к Соглашению № 1/2019 (за исключением диагностических услуг, медицинской помощи в Центре здоровья, законченных случаев диспансеризации и профилактических осмотров определенных групп населения) |
| 30 | За обращение (законченный случай) | применяется медицинскими организациями по Перечню, установленному приложением 1.1 к Соглашению № 1/2019, в части обращений по заболеванию, медицинской помощи в Центре здоровья, законченных случаев диспансеризации и законченных случаев профилактических осмотров определенных групп населения |
| 33 | За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний) | применятся медицинскими организациями по Перечням, установленным приложениями 2.1 и 3.1 к Соглашению № 1/2019 |
| 36 | По подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи | применяется медицинскими организациями по Перечню, установленному приложением 4.2 к Соглашению № 1/2019 |
| 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 14 к Соглашению № 1/2019 |

Применение иных значений способа оплаты не допускается.

4. Установить, что при оплате диагностических услуг (раздел 3.3 Соглашения № 1/2019):

4.1. медицинские организации, оформляющие направления на диагностические услуги, предусмотренные разделом 3.3 Соглашения № 1/2019, в обязательном порядке в направлении заполняют следующие сведения:

- для пациентов с установленным диагнозом злокачественного новообразования 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 № 1/2019 обязательно заполнение 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.

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 услових 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.

**5. Установить, что при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (раздел 3.4** Соглашения № 1/2019):

5.1. При включении в реестры счетов на оплату медицинской помощи случаев оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях 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 |  |
| 1.2 | Aктивное посещение |  |
| 1.3 | Диспансерное наблюдение |  |
| 2.1 | Медицинский осмотр |  |
| 2.2 | Диспансеризация |  |
| 2.3 | Комплексное обследование | заполняют Центры здоровья при проведении комплексного обследования |
| 2.5 | Патронаж |  |
| 2.6 | Посещение по другим обстоятельствам |  |
| 3.0 | Обращение по заболеванию |  |
| 3.1 | Обращение с профилактической целью |  |
| 5.1 | Лабораторная диагностика в ЦКДЛ в рамках обращения по заболеванию в амбулаторных условиях | заполняют медицинские организации, перечисленные в п. 3.3. настоящего Соглашения, при оплате 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 |

5.2. При формировании реестров счетов на оплату медицинской помощи в части **посещений с профилактической целью** по специальностям врачей (в том числе стоматологической помощи) учитываются следующие особенности:

1) при включении в реестр счета посещений с профилактической целью в обязательном порядке заполняется элемент «CODE\_USL» в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 13.10.2017 [№ 804н](http://base.garant.ru/71805302/#block_2) «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» по классу медицинской услуги «В» разделу «04»;

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

3) при оказании медицинской помощи с профилактической целью указывается код услуги «В04.026.002» для среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием (за исключением зубного врача), для зубного врача – код услуги «B04.065.004».

4) при оказании медицинской помощи по 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 диспансеризации приравнивается к 1 посещению;

5) при проведении диспансерного наблюдения врачом-терапевтом (врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом)), 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 21.12.2012 № 1344н, в электронном формате реестра счета обязательно заполнение элементов:

– «CODE\_USL» по кодам номенклатуры медицинских услуг: В04.047.001, В04.047.003 или В04.026.001;

– «DN»;

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

6) 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».

5.2.1. Реестр счета и счет на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках проведения диспансеризации определенных групп населения, профилактических медицинских осмотров взрослого населения, а также профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в соответствии с порядками, утвержденными Минздравом РФ, формируется в соответствии с Порядком, установленным [приложением 1.6](Прил%201.6-1-2018_Порядок%20диспансеризации.docx) к Соглашению № 1/2019, по тарифам в соответствии с [приложением 1.7](Прил%201.7-1-2018_Тарифы%20Диспансеризации.xls) к Соглашению № 1/2019.

5.2.1.1. Медицинская организация, в которой застрахованному лицу проведена диспансеризация с использованием мобильного медицинского центра, при формировании реестра счета на оплату медицинской помощи в электронном формате в сведениях о случае элемент «VBR» заполняется со значением «1». В сведениях об услуге мобильного медицинского центра по элементу «CODE\_USL» указывается код «MOB».

5.2.1.2. Счет на оплату медицинской помощи по диспансеризации, профилактическим медицинским осмотрам несовершеннолетних профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения формируется отдельно.

При оказании медицинской помощи по 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 диспансеризации приравнивается к 1 посещению.

В электронном формате реестра счета:

1) в сведениях об услуге:

- 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») без указания тарифа и стоимости;

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

2) в сведениях о законченном случае:

– устанавливается значение элемента «IDSP» «30 – За обращение законченный случай)»;

– в обязательном порядке заполняется элемент «RSLT\_D» – результат диспансеризации и в сведениях о счете заполняется элемент «DISP» – тип диспансеризации:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код типа диспансеризации  «DISP» | Наименование типа диспансеризации | Допустимые коды результата диспансеризации |
| ДВ1 | Первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения 1 раз в 3 года | 1, 2, 31, 32,11, 12, 14, 15 |
| ДВ2 | Второй этап диспансеризации определенных групп взрослого населения | 1, 2, 31, 32 |
| ДВ3 | Первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения 1 раз в 2 года | 1, 2, 31, 32,11, 12, 14, 15, 16 |
| ОПВ | Профилактические медицинские осмотры взрослого населения | 1, 2, 3 |
| ДС1 | Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации | 1, 2, 3, 4, 5 |
| ДС2 | Диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью | 1, 2, 3, 4, 5 |
| ОН1 | Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних | 1, 2, 3, 4, 5 |

|  |  |
| --- | --- |
| Код результата диспансеризации | Наименование результата диспансеризации |
| 1 | Присвоена I группа здоровья |
| 2 | Присвоена II группа здоровья |
| 3 | Присвоена III группа здоровья |
| 31 | Присвоена IIIа группа здоровья |
| 32 | Присвоена IIIб группа здоровья |
| 4 | Присвоена IV группа здоровья |
| 5 | Присвоена V группа здоровья |
| 11 | Направлен на II этап диспансеризации, предварительно присвоена I группа здоровья |
| 12 | Направлен на II этап диспансеризации, предварительно присвоена II группа здоровья |
| 14 | Направлен на II этап диспансеризации, предварительно присвоена IIIа группа здоровья |
| 15 | Направлен на II этап диспансеризации, предварительно присвоена IIIб группа здоровья |
| 16 | Проведен I этап диспансеризации 1 раз в 2 года |

3) в сведениях о случае:

– значения элементов «DATE\_1» и «DATE\_2» устанавливаются в соответствии с датами начала лечения и окончания лечения, подтвержденными в сведениях об услугах (с учетом услуг, оказанных до диспансеризации, и услуг, по которым оформлен отказ застрахованного лица);

4) в счете значение элемента «CODE\_MO» (Медицинская организация, в которой застрахованному лицу проведена диспансеризация) должно соответствовать коду медицинской организации, к которой застрахованное лицо прикреплено для оказания первичной медико-санитарной помощи (проверка в соответствии с региональным сегментом единого регистра застрахованных лиц). Указанное требование о соответствии кодов медицинской организации не применяется в отношении случаев проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, для которых законодательством предусмотрена возможность проведения осмотров в образовательных организациях медицинскими организациями, отличными от выбранных несовершеннолетним или его родителем (законным представителем) для оказания медицинской помощи);

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

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

2) отсутствие ранее проведенного первого (второго) этапа диспансеризации, медицинского осмотра по конкретному застрахованному лицу с учетом его возраста;

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 категорию застрахованного лица;

5) объем медицинских услуг, оказанных застрахованному лицу в рамках проведения первого этапа диспансеризации взрослого населения (профилактических медицинских осмотров в соответствии с приказом Минздрава России), должен быть не менее 85% установленного объема обследования для данного пола и возраста гражданина;

6) 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;

- у детей – 3 месяца;

- у детей до 2-х лет – 1 месяц.

7) 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.

5.3.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.

5.4.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 2.2.13 Соглашения № 1/2019 значения элементов «DATE\_1» и «DATE\_2», «DATE\_Z\_1» и «DATE\_Z\_2» соответствуют дате выписки пациента из стационара.

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 с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 13.10.2017 [№ 804н](http://base.garant.ru/71805302/#block_2) «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» 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) в электронном формате реестра счета на оплату медицинской помощи для обращений по поводу заболеваний устанавливается значение элемента «IDSP»=30

5.5.1. Установить значение коэффициента КСКПдом для стоматологических поликлиник, расположенных в Петропавловск-Камчатском городском округе, в размере 1,6. Указанный коэффициент применяется к тарифу обращения при оказании стоматологической помощи по поводу заболевания на дому (инвалидам, ветеранам ВОВ и другим категориям граждан), и учитывает затраченное медицинским работником время в пути до места оказания медицинской помощи. В электронном формате реестра счета в сведениях о случае в обязательном порядке заполняется элемент «COMENTSL» значением «D» при применении коэффициента КСКПдом к тарифу за 1 обращение по поводу заболевания.

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

1. в реестре на бумажном носителе в одной строке отражаются сведения об одном обращении пациента по поводу основного заболевания к профильному врачу-специалисту. В случае оказания в рамках данного обращения стоматологической медицинской помощи по нескольким заболеваниям (в целях формирования реестра счета в части оплаты стоматологической помощи) в качестве основного диагноза используется наиболее затратоемкий диагноз (код МКБ-10). В поле «Объемы оказанной медицинской помощи» указывается общее количество УЕТ при оказании стоматологической медицинской помощи;

2) 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 УЕТ, входящих в соответствующее обращение, с указанием услуги «Прием (осмотр, консультация) … первичный»;

3) в электронной форме реестра для стоматологических обращений по поводу заболеваний устанавливается значение элемента «IDSP» = 30, значение элемента «P\_CEL» = 3.0 – Обращение по заболеванию;

4) в электронной форме реестра счета в сведениях о случае по одному пациенту в значении элемента «ED\_COL» заполняется общее количество УЕТ по всем посещениям соответствующего пациента по поводу заболевания, включая 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;

5) 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.

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

– в части отражения оказанных комплексных медицинских услуг по перечню, утвержденному в разделе 1 таблицы [приложения 1.5.1](Прил%201.5.1-1-2018_Комплексные%20услуги%20в%20стоматологии.xlsx) к Соглашению № 1/2019, 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 1.5.1](Прил%201.5.1-1-2018_Комплексные%20услуги%20в%20стоматологии.xlsx) к Соглашению № 1/2019, 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 УЕТ), «TARIF» заполняются в соответствии с [приложением 1.5.1](Прил%201.5.1-1-2018_Комплексные%20услуги%20в%20стоматологии.xlsx) к Соглашению № 1/2019;

– 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 с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» 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 с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 13.10.2017 [№ 804н](http://base.garant.ru/71805302/#block_2) «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» 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 в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи** устанавливается значение элемента «IDSP»=25.

Случаи оказанной медицинской помощи, включенные в реестр по подушевому нормативу и отклоненные страховой медицинской организацией после проведения медико-экономического контроля, дорабатываются в установленные законодательством сроки и подаются к оплате в общем счете (по форме в соответствии с приложением 5 к Соглашению 1/2019) по тарифам в соответствии с приложением 1.5 к Соглашению 1/2019 с учетом Кподуш. В данных случаях значение элемента «IDSP»=25.

**6. Установить, что при формировании реестров счетов на оплату** **стационарной медицинской помощи** (раздел 3.5 Соглашения № 1/2019)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» = 2019;

«KOEF\_Z» – коэффициент затратоемкости;

«KOEF\_UP» – управленческий коэффициент;

«BZTSZ» – значение базовой ставки;

«KOEF\_D» – значение коэффициента дифференциации;

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

«TARIF» – тариф в соответствии с приложением 2.2 к Соглашению № 1/2019, с учетом примененных коэффициентов КСЛП, 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, со значением «2» – для прерванного, в том числе сверхкороткого, случая длительностью менее 3 дней включительно, со значением «3» – для прерванного случая длительностью 4 дня и более, со значением «4» – для сверхдлительного госпитализации.

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).

**7. Установить, что при формировании реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара** (раздел 3.6 Соглашения № 1/2019)в обязательном порядке заполняется элемент «CODE\_MES2», соответствующий признаку длительности случая со значением «1» – для законченного случая, со значением «2» – для прерванного, в том числе сверхкороткого, случая длительностью менее 3 дней включительно, со значением «3» – для прерванного случая длительностью 4 дня и более.

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.

**8. Установить, что при формировании реестров счетов на оплату** **скорой медицинской помощи** (раздел 3.7 Соглашения № 1/2019):

1) при оказании медицинской помощи с проведением тромболитической терапии в сведениях об услуге для элемента «CODE\_USL» устанавливается значение: «A25.30.036.001 – назначение ферментных фибринолитических лекарственных препаратов для внутривенного введения при инфаркте миокарда» в сочетании с кодом услуги, соответствующим осмотру врачом (фельдшером) скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи. Элементы «TARIF», «SUMV\_USL» заполняются нулевыми значениями.

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

**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 № 1/2019) значение элемента «IDSP»=44.

9.1. Случаи оказанной медицинской помощи, включенные в реестр по подушевому нормативу и отклоненные страховой медицинской организацией после проведения медико-экономического контроля, дорабатываются в установленные законодательством сроки и подаются к оплате в общем счете (по форме в соответствии с приложением 5 к Соглашению № 1/2019) по тарифам в соответствии с пунктами 3.4.4.2, 3.7.1 Соглашения № 1/2019, а также в соответствии с приложениями 1.5, 1.5.1, 2.2, 3.2 к Соглашению № 1/2019 с учётом Кподуш. В электронной форме реестра счета в сведениях об услуге значение элемента «IDSP»=44.

**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 № 1/2019.

2) при формировании реестра счёта элемент «CODE\_SH» - Код схемы лекарственной терапии, входящий в состав сведений о введении противоопухолевого лекарственного препарата, заполняется:

– при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у пациентов, возраст которых на дату начала лечения 18 лет и старше - кодом схемы лекарственной терапии в соответствии с классификатором V024;

– при злокачественных новообразованиях у пациентов, возраст которых на дату начала лечения менее 18 лет, и злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей - значением «нет».

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

4) 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.

5) 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.

6) 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.

7) 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.

8) допустимые значения способов оплаты медицинской помощи «IDSP»:

|  |  |
| --- | --- |
| IDSP | Наименование способа оплаты медицинской помощи |
| 24 | За вызов скорой медицинской помощи |
| 28 | За медицинскую услугу |
| 29 | За посещение |
| 30 | За обращение (законченный случай) |
| 33 | За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний) |

11. Распространить действие настоящего Порядка на правоотношения, возникшие при оказании медицинской помощи с 01.01.2019 года.