|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 1.6  к Соглашению об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию  от 27.12.2018 года № 1/2019 |

Порядок оплаты медицинской помощи,

оказанной застрахованным лицам в рамках проведения

диспансеризации и медицинских осмотров

определенных групп населения в соответствии с Порядками,

утвержденными приказами Минздрава России

1.1. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках проведения диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения в соответствии с Порядками, утвержденными приказами Минздрава РФ, осуществляется по стоимости законченного случая, определяемой как суммарная стоимость всех проведенных осмотров и исследований при проведении диспансеризации и медицинских осмотров.

1.2. Установить тарифы на осмотры и исследования при проведении диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения в соответствии с приложением 1.7 к настоящему Соглашению.

Установить, что стоимость законченного случая второго этапа диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, а также медицинских осмотров несовершеннолетних определяется как суммарная стоимость посещений к соответствующему врачу-специалисту по тарифам в соответствии с приложением 1.5 к настоящему Соглашению.

1.2.1. При проведении диспансеризации с использованием мобильного медицинского центра стоимость законченного случая диспансеризации увеличивается на затраты, связанные с содержанием мобильного медицинского центра.

Медицинская организация, в которой застрахованному лицу проводится диспансеризация, заключает договор с медицинской организацией, которая предоставляет мобильный медицинский центр. Межучережденческие расчеты в связи с использованием мобильного медицинского центра производятся в соответствии с заключенным договором.

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».

Утвердить тариф («TARIF») за услугу мобильного медицинского центра при проведении диспансеризации:

для ГБУЗ «Усть-Большерецкая районная больница» в сумме 373 рубля;

для ГБУЗ «Усть-Камчатская районная больница» в сумме 777 рублей;

для ГБУЗ «Ключевская районная больница» в сумме 656 рублей;

для ГБУЗ «Быстринская районная больница» в сумме 627 рублей;

для ГБУЗ «Мильковская районная больница» в сумме 443 рубля;

для ГБУЗ «Елизовская районная больница» в сумме 175 рублей;

для медицинских организаций, расположенных на территории Петропавловск-Камчатского городского округа в сумме 96 рублей.

1.2.2. При проведении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров медицинскими организациями, в которых отсутствует лицензия на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей работы (услуги) по «медицинским осмотрам профилактическим» и которыми не был заключен договор на профилактическое консультирование с иной медицинской организацией, в реестре счета в сведениях об услуге не указывается «профилактическое консультирование (краткое, углубленное, групповое)». В случаях, когда не проведены различные виды профилактического консультирования, должно быть соблюдено требование о выполнении не менее 85% от утвержденного объема обследования (для взрослых).

1.2.3. В связи с централизацией исследования кала на скрытую кровь иммунохимическим методом на базе ЦКДЛ II уровня ГБУЗ «Камчатский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»:

– медицинские организации при проведении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров включают сведения об указанном исследовании в реестр счета в сведения об услуге;

– страховая медицинская организация при проведении медико-экономического контроля уменьшает общую сумму, подлежащую оплате за оказанную медицинскую помощь в рамках диспансеризации определенных групп населения, профилактических медицинских осмотров взрослого населения, на итоговую стоимость принятых к оплате исследований кала на скрытую кровь, с последующим перечислением указанных средств за выполненные исследования в ГБУЗ «Камчатский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями». Страховая медицинская организация ежемесячно в течение пяти рабочих дней после завершения расчетов за оказанную медицинскую помощь направляет в ГБУЗ «Камчатский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» и в территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края сведения в разрезе медицинских организаций о количестве и стоимости принятых к оплате исследований кала на скрытую кровь.

1.3. Счет на оплату законченных случаев диспансеризации определенных групп населения, профилактических медицинских осмотров взрослого населения, а также профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних формируется отдельно. Данные счета помечаются значением «D» в номере счета.

В реестре на бумажном носителе на 1 законченный случай заполняется 1 строка, в графе «Объемы оказанной медицинской помощи» отражается 1 законченный случай, в графе «Тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу» значения отсутствуют, в графе «Стоимость оказанной медицинской помощи» отражается итоговая стоимость всех фактически проведенных осмотров и исследований, входящих в соответствующий случай диспансеризации/медицинский осмотр по утвержденным тарифам.

1.4. В электронном формате реестра счета на оплату медицинской помощи:

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 поликлинике»;

– 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[[1]](#footnote-1) |
| 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 |

2.1) 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);

3) 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);

1.5. Счет для оплаты оказанной медицинской помощи за счет средств ОМС предъявляется по форме в соответствии с приложением 5 к настоящему Соглашению с заполнением соответствующих строк и граф для амбулаторной помощи с профилактической целью.

1.6. Счета и реестры счетов на оплату первого и второго этапов диспансеризации, а также медицинских осмотров определенных групп населения предъявляются медицинской организацией, которая проводила диспансеризацию/медицинский осмотр, в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения соответствующего этапа диспансеризации, после проведения медицинских осмотров врачами-специалистами, выполнения лабораторных, инструментальных и иных исследований, предусмотренных соответствующим порядком проведения диспансеризации/медицинского осмотра.

При проведении первого этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, законченным считается случай диспансеризации после проведения осмотров всех врачей-специалистов и всех предусмотренных исследований, в том числе осмотр врачом-психиатром. При этом расходы на проведение осмотра врачом-психиатром не могут быть включены в реестр и оплачены за счет средств ОМС.

1.7. В случае, когда медицинская организация привлекает для проведения диспансеризации и медицинских осмотров медицинских работников иных медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности (в части выполнения требуемых работ (услуг), необходимых для проведения диспансеризации в полном объеме) в соответствии с договором, заключенным между указанными медицинскими организациями, предъявление реестра счета и счета к оплате производится в следующем порядке:

а) в случае, когда привлекается врач-специалист для проведения осмотра, медицинская организация, в которой проводится диспансеризация/медицинский осмотр, включает осмотр указанного специалиста в реестр счета по диспансеризации/медицинскому осмотру;

б) в случае, когда заключен договор на лабораторные, инструментальные и иные исследования, медицинская организация, в которой проводится диспансеризация/медицинский осмотр, включает указанные исследования в реестр счета по диспансеризации/медицинскому осмотру.

1.8. 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;

1.9. В целях осуществления контроля страховыми медицинскими организациями выполненных объемов амбулаторной медицинской помощи с профилактической целью учёту подлежат только посещения к специалистам при проведении медицинских осмотров, предусмотренных соответствующими Порядками проведения диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения, утвержденными приказами Минздрава России. Финансовые показатели учитываются исходя из стоимости законченного случая диспансеризации/медицинского осмотра.

1. [↑](#footnote-ref-1)