Приложение 4

к Протоколу заседания Комиссии

по разработке ТП ОМС в Камчатском крае

от 25.10.2024 года № 7/2024

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

25.10.2024 № 6/2024

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 № 1/2024 от 30.01.2024 (далее – Правила № 1/2024):

* 1. Подпункт 1 пункта 2.1 изложить в следующей редакции:

«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 и устранения ошибок ФЛК файлы в обязательном порядке направляются в территориальный фонд ОМС Камчатского края не позднее 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным. Информационные пакеты, не прошедшие ФЛК, к рассмотрению не принимаются;»

Распространить действие настоящего подпункта на правоотношения, возникающие при оказании медицинской помощи с 01.11.2024 года.

* 1. В пункт 5.2 внести следующие изменения:

а) в подпункте 4 слова «в рамках диспансеризации» заменить словами «в рамках первого этапа диспансеризации»;

б) дополнить подпунктом 10 следующего содержания:

«10) диагностические исследования, а также консультации узких специалистов, указанные в сведениях об услугах в рамках комплексного посещения с профилактической целью, должны быть в обязательном порядке подтверждены бланками результатов исследований либо записями в журналах учета исследований, записями врачей-специалистов в первичной медицинской документации.»

Распространить действие настоящего подпункта на правоотношения, возникающие при оказании медицинской помощи с 01.11.2024 года.

* 1. В пункт 5.2.1.2 внести следующие изменения:

а) абзац 1 после слов «на 1 застрахованное по обязательному медицинскому страхованию лицо.» дополнить словами «На основании заявления застрахованного лица в страховую медицинскую организацию или территориальный фонд ОМС Камчатского края о непрохождении в текущем году профилактического осмотра или диспансеризации территориальный фонд ОМС Камчатского края проводит повторный МЭК в целях 100% уменьшения оплаты ранее оплаченного и неподтвержденного застрахованным лицом случая профилактического осмотра или диспансеризации.»;

б) абзацы 14-15 (начиная со слов «– при подозрении на злокачественное новообразование» и заканчивая словами «указываются в блоке «DS2\_N») исключить.

Распространить действие настоящего подпункта на правоотношения, возникающие при оказании медицинской помощи с 01.11.2024 года.

* 1. Дополнить пунктами 5.2.1.5 и 5.2.1.6 следующего содержания:

«5.2.1.5. **При проведении второго этапа диспансеризации** формирование в реестре счета на оплату медицинской помощи комплексного посещения осуществляется с учетом следующих особенностей:

1. при проведении второго этапа диспансеризации учету в качестве комплексного посещения подлежит только осмотр врачом терапевтом (для взрослого населения) либо осмотр врачом-педиатром (для несовершеннолетних). В целях учета объемов медицинской помощи 1 случай второго этапа диспансеризации приравнивается к 1 комплексному посещению;
2. медицинские организации, которые проводят второй этап диспансеризации определенных групп населения, в реестре счета (файл в соответствии с таблицей Д3) в сведениях об услуге в обязательном порядке заполняют элемент «CODE\_USL» в соответствии со Справочником T001 «Территориальный классификатор работ и услуг в здравоохранении» по классу медицинской услуги «В» разделу «04»: для взрослого населения – код услуги «B04.047.004.003», для несовершеннолетних – «B04.031.004.001»;
3. в реестре счета заполняются все необходимые сведения по кодам услуг. По всем услугам элемент «TARIF – Тариф» должен соответствовать:

- для взрослого населения – тарифам на осмотры врачей и исследования, установленным приложением 2.6 к Соглашению № 1/2024;

- для несовершеннолетних – тарифам на осмотры врачей, установленным приложением 2.4 к Соглашению № 1/2024 и (или) тарифам на диагностические исследования, установленным приложением 2.6 к Соглашению № 1/2024.

Стоимость комплексного посещения второго этапа диспансеризации определяется как суммарная стоимость всех заполненных услуг.

При формировании отчетности объем проведенной диспансеризации второго этапа учитывается в общих объемах медицинской помощи по обращениям в связи с заболеванием и не включается в подушевой норматив финансирования.

5.2.1.6. **Особенности формирования сведений о диагнозе по результатам проведенной диспансеризации определенных групп взрослого населения**:

**1) в случае установления по результатам диспансеризации впервые выявленного диагноза:**

а) в реестре счета на оплату диспансеризации в сведениях о случае элемент «DS1–Диагноз основной» заполняется кодом МКБ-10, который соответствует впервые выявленному по результатам диспансеризации диагнозу;

б) элемент «DS1\_PR–Установлен впервые (основной)» заполняется значением «1»;

в) в обязательном порядке в значении элемента «DS2\_N–Сопутствующие заболевания» заполняются все коды МКБ-10, соответствующие уже имеющимся у пациента ХНИЗ и подтвержденным предыдущими записями в первичной медицинской документации. Отсутствие в реестре счета на оплату диспансеризации диагнозов имеющихся ХНИЗ, подтвержденных предыдущими записями в первичной медицинской документации, расценивается как расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и учетно-отчетной документации, с применением соответствующего кода дефекта по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения;

г) если по результатам экспертизы качества медицинской помощи с впервые установленным диагнозом ХНИЗ, оказанной в течение 12 месяцев после проведения диспансеризации, выявлено, что диагноз мог быть ранее поставлен при проведении диспансеризации, то в отношении проведенного случая диспансеризации применяется код дефекта, соответствующий установлению неверного диагноза, связанному с невыполнением, несвоевременным или ненадлежащим выполнением необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, приведшему к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшему риск прогрессирования имеющегося заболевания.

При проведении экспертизы качества медицинской помощи с впервые установленным диагнозом ХНИЗ, оказанной в течение 12 месяцев после проведения диспансеризации, эксперт учитывает как сведения о проведенном втором этапе диспансеризации, так и сведения об обращении по заболеванию непосредственно после первого этапа диспансеризации в случаях, когда второй этап не был включен в реестр счета на оплату по объективной причине;

д) при подозрении на злокачественное новообразование по результатам диспансеризации в обязательном порядке в элементе «DS\_ONK» указывается значение «1», элемент «DS1–Диагноз основной» заполняется кодом МКБ-10, соответствующим локализации подозрения на злокачественное новообразование (по классу «D»).

2) **при отсутствии впервые выявленного диагноза по результатам диспансеризации:**

а) в реестре счета на оплату диспансеризации в сведениях о случае элемент «DS1–Диагноз основной» заполняется кодом МКБ-10, который соответствует уже имеющемуся у пациента ХНИЗ и подтвержденному предыдущими записями в первичной медицинской документации. Отсутствие в реестре счета на оплату диспансеризации диагнозов имеющихся ХНИЗ, подтвержденных предыдущими записями в первичной медицинской документации, расценивается как расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и учетно-отчетной документации, с применением соответствующего кода дефекта по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения;

б) в обязательном порядке в значении элемента «DS2\_N–Сопутствующие заболевания» заполняются все коды МКБ-10, соответствующие уже имеющимся у пациента ХНИЗ, за исключением указанного в «DS1–Диагноз основной», подтвержденным предыдущими записями в первичной медицинской документации;

в) при отсутствии у пациента уже имеющегося ХНИЗ в сведениях о случае элемент «DS1–Диагноз основной» заполняется кодом МКБ-10 «Z00.0 – Общий медицинский осмотр»;

г) элемент «DS1\_PR–Установлен впервые (основной)» не заполняется, элемент «DS\_ONK» заполняется значением «0», элемент «PR\_D\_N –Диспансерное наблюдение» заполняется значением «3».

Распространить действие настоящего подпункта на правоотношения, возникающие при оказании медицинской помощи с 01.11.2024 года.

* 1. В таблицу пункта 5.1 внести следующие изменения:
     1. Строку, соответствующую коду цели посещения 2.9, исключить;
     2. Дополнить строками следующего содержания:

«

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4.1 | Диспансерное наблюдение работающих застрахованных лиц (из числа взрослого населения) по месту осуществления служебной деятельности | комплексные посещения для проведения диспансерного наблюдения работающих застрахованных лиц (из числа взрослого населения) по месту осуществления служебной деятельности в соответствие с заключенным договором между медицинской организацией и работодателем |
| 4.2 | Диспансерное наблюдение застрахованных лиц из числа взрослого населения по месту обучения в образовательной организации | комплексные посещения для проведения диспансерного наблюдения застрахованных лиц (из числа взрослого населения), обучающихся в образовательных организациях в соответствие с заключенным договором между медицинской организацией и работодателем |

».

Распространить действие настоящего подпункта на правоотношения, возникающие при оказании медицинской помощи с 01.11.2024 года.