Приложение 4

к Протоколу заседания Комиссии

по разработке ТП ОМС в Камчатском крае

от 28.01.2026 года № 1/2026

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

28.01.2026 № 1/2026

1. Настоящие Правила применения тарифов при формировании счетов реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае (далее – Правила) составлены в целях реализации Соглашения № 1/2026 от 28.01.2026 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 при формировании счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи осуществляется в соответствии с «Общими принципами построения и функционирования информационных систем в сфере обязательного медицинского страхования», утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79, и «Порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования», утвержденным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 31.03.2021 № 34н, с учетом настоящих Правил.

Информационное взаимодействие осуществляется в пакетном режиме. Пакет информационного обмена состоит из файла со сведениями об оказанной медицинской помощи и файла с персональными данными. Файлы пакета информационного обмена должны быть упакованы в архив формата ZIP. Имя архивного файла должно соответствовать имени основного файла, сформированного в соответствии с форматами информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи, размещаемыми на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (<https://www.ffoms.gov.ru/>).

2.1. Установить, что проведение форматно-логического контроля (далее – ФЛК) и медико-экономического контроля (далее – МЭК) осуществляется только в соответствии с перечнями правил и проверок, установленными справочниками:

– Q015 «Перечень технологических правил реализации ФЛК в ИС ведения персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи»;

– Q016 «Перечень проверок автоматизированной поддержки МЭК в ИС ведения персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи»;

– Q022 «Перечень технологических правил реализации ФЛК регионального уровня в ИС ведения персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи»;

– Q023 «Перечень проверок автоматизированной поддержки МЭК регионального уровня в ИС ведения персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи».

Применение при проведении ФЛК и МЭК территориальным фондом ОМС Камчатского края иных правил и проверок, не предусмотренных указанными справочниками, не допускается.

Установить, что **медицинские организации ежемесячно в установленные сроки предъявляют к оплате в территориальный фонд ОМС Камчатского края счета и реестры счетов** на оплату медицинской помощи, оказанной по обязательному медицинскому страхованию. Медицинские организации направляют файлы пакета информационного обмена в территориальный фонд ОМС Камчатского края. В случае выявления дефектных случаев, на основании полученного файла протокола территориального фонда ОМС Камчатского края медицинская организация обязана исправить выявленные нарушения и исключить из соответствующего реестра счета все случаи, содержащие дефекты оформления, которые не могут быть исправлены в оперативном порядке. При наличии технической возможности реестры исправляются медицинской организацией оперативно (в течение 7 рабочих дней после получения файла протокола территориального фонда ОМС Камчатского края), при этом имена файлов информационного обмена не должны изменяться. Все случаи, содержащие дефекты оформления, исправляются медицинской организацией в установленные сроки и включаются в пакет информационного обмена в очередном месяце отдельными файлами.

Установить, что код дефекта 1.4.6 «Дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты» не применяется территориальным фондом ОМС Камчатского края при исключении из основного реестра счета за отчетный месяц случаев, содержащих дефекты оформления на основании файла протокола территориального фонда ОМС Камчатского края, и предъявления их к оплате в очередном месяце.

В целях минимизации дефектов заполнения реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, выявляемых при проведении медико-экономического контроля, главным врачам медицинских организаций обеспечить:

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;

2) назначение ответственных лиц, осуществляющих контроль за соответствием данных, включенных в реестры счетов, требованиям настоящих Правил и Соглашения об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Контроль должен осуществляться совместно:

– работником, ответственным за сопровождение медицинской информационной системы в медицинской организации;

– работником экономической службы медицинской организации;

– медицинским работником.

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 |
| 28 | За медицинскую услугу | применяется при оплате диагностических услуг, телемедицинских консультаций, а также при оплате услуг диализа |
| 29 | За посещение | применяется медицинскими организациями по Перечню, установленному приложением 1 к Соглашению № 1/2026 (за исключением диагностических услуг) |
| 30 | За обращение (законченный случай) | применяется медицинскими организациями по Перечню, установленному приложением 1 к Соглашению № 1/2026 |
| 31 | По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации | применяется медицинскими организациями по Перечню, установленному приложением 1 к Соглашению № 1/2026 |
| 33 | За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний) | применятся медицинскими организациями по Перечню, установленному приложением 1 к Соглашению № 1/2026 |
| 36 | По подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи | применяется медицинскими организациями по Перечню, установленному приложением 1 к Соглашению № 1/2026 |
| 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 1 к Соглашению № 1/2026 |
| 32 | За законченный случай лечения заболевания | Применяется при оплате высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) |

Применение иных значений способа оплаты не допускается.

3.1. Установить, что при формировании реестров счетов в сведениях о случае элемент «C\_ZAB – Характер основного заболевания» заполняется с учетом следующих особенностей:

– заполнение элемента обязательно при оказании амбулаторной помощи, если основной диагноз (DS1) не входит в рубрику Z;

– при оказании медицинской помощи в связи с диспансерным наблюдением женщин в период беременности «C\_ZAB» = 2 – при постановке беременной женщины на учет, «C\_ZAB» = 3 – для всех последующих посещений.

3.2. Территориальным фондом ОМС Камчатского края при проведении медико-экономического контроля предъявленных к оплате медицинскими организациями реестров счетов оказанной в 2025 году стационарной медицинской помощи и медицинской помощи в условиях дневного стационара необходимо учитывать:

– соответствие в реестре счета элемента «PROFIL - Профиль медицинской помощи» и элемента «PRVS - Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон (историю болезни)» порядку оказания медицинской помощи по соответствующему профилю в части специализированной медицинской помощи (Примеры корректного заполнения: «PROFIL= 29 - кардиологии» + «PRVS = 25 - Кардиология»; «PROFIL= 97 - терапии» + «PRVS = 76 Терапия»; «PROFIL= 68 - педиатрии» + «PRVS = 49 Педиатрия»; Пример некорректного заполнения: «PROFIL= 29 - кардиологии» + «PRVS = 76 - Терапия»).

– соответствие элементов «PROFIL\_K - Профиль койки» и «PROFIL - Профиль медицинской помощи» установленным для медицинской организации профилям коек и профилям медицинской помощи в соответствии с приложением №2 к настоящим Правилам.

3.3. Контроль выполненных объемов стационарной медицинской помощи и медицинской помощи в условиях дневного стационара (количество элементов «Z\_SL - Сведения о законченном случае») осуществляется в пределах показателей, установленных в соответствии с приложением к Протоколу заседания Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Камчатском крае.

3.4. При формировании медицинскими организациями реестров счетов на оплату медицинской помощи заполнение элементов:

- «LPU\_1» осуществлять соответствующими значениями UIDSPMO справочника F033 «Справочник структурных подразделений медицинских организаций (SPMO)»;

- «PODR» осуществлять соответствующими значениями PODR\_COD справочника T003 «Территориальный справочник отделений и подразделений».

3.4.1. При формировании медицинскими организациями реестров счетов на оплату медицинской помощи заполнение элемента «RSLT» осуществлять соответствующими значениями справочника T009 «Территориальный классификатор результатов обращения за медицинской помощью».

3.5. При формировании медицинскими организациями реестров счетов на оплату медицинской помощи обязательно заполнение значение элемента «SOC» которое должно соответствовать следующим значениям:

- 000 - категория отсутствует;

- 035 - участник специальной военной операции (СВО), уволенный в запас (отставку);

- 065 - член семьи участника специальной военной операции (СВО);

- 810 - инвалид I группы;

- 813 - инвалид I группы участник специальной военной операции (СВО);

- 816 - инвалид I группы член семьи участника специальной военной операции (СВО).

3.6. Территориальный фонд ОМС Камчатского края в установленные сроки проводит медико-экономический контроль предъявленных к оплате случаев оказания медицинской помощи. При наличии случаев превышения фактических объемов медицинской помощи/объемов финансового обеспечения медицинской помощи над плановыми показателями случаи принимаются к оплате в следующей очередности:

1) случаи медицинской помощи за отчетный месяц, завершившиеся летальным исходом,

2) случаи оказания медицинской помощи за отчетный месяц пациентам с установленным диагнозом ЗНО либо при подозрении на ЗНО,

3) случаи профилактических медицинских осмотров, в том числе диспансеризации, определенных групп взрослого и детского населения за отчетный месяц,

4) случаи госпитализации в экстренной и неотложной форме, а также случаи госпитализации по КСГ st02.003 «Родоразрешение», st02.004 «Кесарево сечение», st02.006 «Послеродовой сепсис»,

5) случаи медицинской помощи за предыдущие периоды (доработки), завершившиеся летальным исходом,

6) случаи оказания медицинской помощи за предыдущие периоды (доработки) пациентам с установленным диагнозом ЗНО либо при подозрении на ЗНО,

7) случаи профилактических медицинских осмотров, в том числе диспансеризации, определенных групп взрослого и детского населения за предыдущие периоды (доработки),

8) случаи за предыдущие периоды (доработки) в части госпитализаций в экстренной и неотложной форме, а также госпитализаций по КСГ st02.003 «Родоразрешение», st02.004 «Кесарево сечение», st02.006 «Послеродовой сепсис»,

9) остальные случаи по реестру за отчетный месяц в хронологическом порядке;

10) остальные случаи по реестру за предыдущие периоды (доработки) в хронологическом порядке.

3.7. Установить, что:

- оформление счета на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется по форме в соответствии с приложением 3.1 к настоящим Правилам;

- оформление счета на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу – по форме в соответствии с приложением 3.2 к настоящим Правилам;

- оформление счета на оплату скорой медицинской помощи по тарифу на основе подушевого норматива на обслуживаемое население – по форме в соответствии с приложением 3.3 к настоящим Правилам;

- оформление счета на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи – по форме в соответствии с приложением 3.4 к настоящим Правилам;

- оформление страховой медицинской организацией сведений о размере финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи по подушевому нормативу, сведений о размере финансового обеспечения скорой медицинской помощи по подушевому нормативу, сведений о размере финансового обеспечения медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям, осуществляется по форме в соответствии с приложением 3.5 к настоящим Правилам. Сведения о размере финансового обеспечения по подушевому нормативу на текущий месяц направляются страховой медицинской организацией в МО-ФД и территориальный фонд ОМС Камчатского края не позднее 28 числа текущего месяца по установленной форме. Одновременно со сведениями о размере финансового обеспечения по подушевому нормативу на текущий месяц направляется расчет размера средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности;

- оформление акта сверки произведенных лабораторных и иных диагностических исследований проведенных централизованно на базе медицинских организаций, которым решением Комиссии установлены соответствующие объемы исследований (далее – центры диагностики) осуществляется по форме в соответствии с приложением 3.6 к настоящим Правилам;

- оформление акта сверки оказанной медицинской помощи в части посещений с иными целями и обращений по заболеванию по направлениям медицинских организаций при наличии лицензии, но отсутствии специалиста соответствующего профиля (за исключением случаев плановой консультативно-диагностической помощи в амбулаторных условиях по направлениям в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Камчатского края от 12.09.2014 № 774) осуществляется по форме в соответствии с приложением 3.7 к настоящим Правилам;

- оформление акта сверки проведенных процедур диализа пациенту, находящемуся на лечении в условиях круглосуточного стационара или в условиях дневного стационара, а также иных медицинских услуг пациенту, находящемуся на лечении в условиях круглосуточного стационара, в медицинской организации, в которой отсутствует возможность для проведения указанных услуг, осуществляется по форме в соответствии с приложением 3.9 к настоящим Правилам.

4. Установить, что при оплате диагностических услуг (раздел 3.3 Соглашения № 1/2026), а также при оплате телемедицинских консультаций:

4.1. медицинские организации, оформляющие направления на диагностические услуги, предусмотренные разделом 3.3 Соглашения № 1/2026, в обязательном порядке в направлении заполняют следующие сведения:

- 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);

- код цели в соответствии со справочником Т025 «Территориальный классификатор целей посещения», соответствующий одному из значений 5.1-5.4.

4.2. При формировании медицинскими организациями реестров счетов на оплату медицинской помощи в части диагностических услуг, указанных в разделе 3.3 Соглашения № 1/2026 обязательно заполнение кодов услуг в соответствии со справочником Т001 «Территориальный классификатор работ и услуг в здравоохранении», а также кодов целей в соответствии со справочником Т025 «Территориальный классификатор целей посещения»:

– «P\_CEL» = 5.1 – при проведении диагностики в рамках обращения по заболеванию и комплексных посещений (в рамках диспансерного наблюдения, медицинской реабилитации) 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;

– «P\_CEL» = 5.4 – при проведении диагностики в рамках диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения в соответствии с Порядками, утвержденными приказами Минздрава России.

4.3. Установить, что при сверке лабораторных и иных исследований, произведенных Центрами диагностики, а также при сверке КТ и МРТ по направлениям от медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, при оказании медицинской помощи в стационарных условиях 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 настоящим Правилам).

4.4. Медицинские организации, которым решением Комиссии установлены объемы диагностических услуг, заносят в отдельный журнал сведения о застрахованном лице (фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, данные документа, удостоверяющего личность, СНИЛС (при наличии), номер полиса ОМС), а также сведения об учреждении, оформившем направление на диагностику, с указанием кода МКБ-10, и сведения о дате проведения соответствующей диагностики (ПЦР диагностика, гистологическое исследование, цитологическое исследование, бактериологическое исследование, лабораторное исследование в ЦКДЛ II уровня по видам исследований). При проведении ЭЭГ с видеомониторингом и полисомнографии в журнале указываются также сведения о времени начала и времени окончания исследования (часы, минуты), подпись пациента (законного представителя) с расшифровкой, в направлении в обязательном порядке указывается длительность проведения ЭЭГ с видеомониторингом (1 час, 4 часа или 8 часов). При проведении КТ и МРТ в журнале указывается также код оказанной услуги в соответствии со Справочником T001 «Территориальный классификатор работ и услуг в здравоохранении».

4.5. При формировании реестров счетов на оплату лабораторных и иных исследований, проведенных в соответствии с пунктом 3.3.3 Соглашения № 1/2026 значения элементов «DATE\_IN», «DATE\_1», «DATE\_OUT», «DATE\_Z\_1», «DATE\_Z\_2» и «DATE\_2» для лабораторных и иных исследований должно соответствовать дате поступления материала в центр диагностики или дате забора материала у пациента в центре диагностики.

4.6. Установить, что при формировании направления на диагностические исследования, проводимые в соответствии с пунктом 3.3.3 Соглашения № 1/2026, медицинская организация-фондодержатель обращается в единый регистр застрахованных лиц в целях:

а) проверки действительности полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица в едином регистре застрахованных лиц;

б) определения страховой медицинской организации, ответственной за оплату счета (в части медицинской помощи, оказанной региональной медицинской организацией);

в) определения субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования.

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 № 1/2026 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 № 1/2026;

- «P\_CEL» =9.1-9.4;

- «IDSP» – в соответствии с установленным приложением 1 к Соглашению № 1/2026 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 № 1/2026.

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.

**5. Установить, что при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (раздел 3.4** Соглашения № 1/2026):

5.1. При включении в реестры счетов на оплату медицинской помощи случаев оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (за исключением файлов со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации по формату таблицы Д.3) 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 | Посещение в неотложной форме | при оказании медицинской помощи в отделении (кабинете) неотложной медицинской помощи, созданном в структуре медицинской организации, оказывающей амбулаторную медицинскую помощь;  при оказании неотложной медицинской помощи на дому в форме разового посещения;  при самостоятельном обращении граждан на станцию скорой медицинской помощи или в отделение скорой медицинской помощи, входящее в состав медицинской организации;  при оказании медицинской помощи в соответствии с пунктом [2.2.1](#мп_в_приемном_отделении_до_24часов)1 Соглашения № 1/2026 |
| 1.3 | Диспансерное наблюдение | комплексные посещения для проведения диспансерного наблюдения, за исключением диспансерного наблюдения работающих застрахованных лиц по месту осуществления служебной деятельности в соответствие с заключенным договором между медицинской организацией и работодателем, а также диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме |
| 1.7 | Посещение на дому в связи с проведением 3 этапа медицинской реабилитации | медицинская помощь по медицинской реабилитации на дому (комплексное посещение) |
| 2.9 | Дистанционное наблюдение | дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом |
| 1.9 | Посещение школы для больных с хроническими заболеваниями | комплексные посещения школы для больных с хроническими заболеваниями, в том числе школы сахарного диабета |
| 2.3 | Комплексное обследование | проведение комплексного обследования в Центре здоровья |
| 2.5 | Патронаж |  |
| 2.6 | Посещение по другим обстоятельствам | посещения с иными целями (посещения по поводу осмотров при решении вопроса о проведении профилактических прививок (при условии, что во время осмотра у пациента не будет выявлено заболеваний), врачебный осмотр для выдачи справки (за исключением справки о болезни); профилактический осмотр при оказании стоматологической помощи, не предусмотренный в составе комплексного посещения; |
| 2.8 | Посещение фельдшера женщиной репродуктивного возраста с целью проведения санитарно-гигиенического обучения по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем | Разовые посещения фельдшера (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем) в фельдшерско-акушерских пунктах (фельдшерских пунктах, фельдшерских здравпунктах) женщинами репродуктивного возраста, при отсутствии в указанных пунктах акушеров |
| 3.0 | Обращение по заболеванию | с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания |
| 3.2 | Комплексное посещение в амбулаторных условиях в связи с проведением 3 этапа медицинской реабилитации | медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение) |
| 5.1 | Проведение диагностики в в рамках обращения по заболеванию и комплексных посещений (в рамках диспансерного наблюдения, медицинской реабилитации) в амбулаторных условиях | заполняют медицинские организации при включении в реестр счета диагностических услуг |
| 5.2 | Проведение диагностики центрами диагностики в рамках законченного случая в стационарных условиях |
| 5.3 | Проведение диагностики центрами диагностики в рамках законченного случая в условиях дневного стационара |
| 5.4 | Проведение диагностики центрами диагностики в рамках диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения в соответствии с Порядками, утвержденными приказами Минздрава России |
| 6.1 | Посещение по заболеванию при направлении иной медицинской организацией | разовые посещения по заболеваниям по направлениям, выданным по согласованию с МО-исполнителем иной медицинской организацией по месту прикрепления гражданина |
| 6.2 | Осмотр в рамках комплексного посещения с профилактической целью при направлении иной медицинской организацией (при проведении профилактического медицинского осмотра определенных групп населения) | осмотр специалиста в рамках медицинских осмотров определенных групп населения в соответствии с Порядками, утвержденными приказами Минздрава России, по направлениям, выданным по согласованию с МО-исполнителем иной медицинской организацией по месту прикрепления гражданина |
| 6.3 | Обращение по заболеванию при направлении иной медицинской организацией | с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания по направлениям, выданным по согласованию с МО-исполнителем иной медицинской организацией по месту прикрепления гражданина |
| 6.4 | Осмотр в рамках комплексного посещения с профилактической целью при направлении иной медицинской организацией (при проведении диспансеризации определенных групп населения) | осмотр специалиста в рамках диспансеризации определенных групп населения в соответствии с Порядками, утвержденными приказами Минздрава России, по направлениям, выданным по согласованию с МО-исполнителем иной медицинской организацией по месту прикрепления гражданина |
| 6.5 | Посещение при оформлении направления на медико-социальную экспертизу | разовые посещения при оформлении направления на медико-социальную экспертизу |
| 6.6 | Обращение при оформлении направления на медико-социальную экспертизу | с кратностью не менее двух посещений при оформлении направления на медико-социальную экспертиз |
| 6.7 | Проведение услуг диализа пациенту, находящемуся на лечении в условиях круглосуточного стационара или в условиях дневного стационара в медицинской организации, в которой отсутствует возможность для проведения диализа | заполняют МО-исполнители при проведении диализа пациенту, находящемуся на лечении в условиях круглосуточного стационара или в условиях дневного стационара в медицинской организации, в которой отсутствует возможность для проведения диализа |
| 6.8 | Проведение отдельных медицинских услуг пациенту, находящемуся на лечении в условиях круглосуточного стационара или в условиях дневного стационара в медицинской организации, в которой отсутствует возможность для проведения указанных услуг | заполняют МО-исполнители при проведении отдельных медицинских услуг пациенту, находящемуся на лечении в условиях круглосуточного стационара или в условиях дневного стационара в медицинской организации, в которой отсутствует возможность для проведения указанных услуг |
| 7.1 | Посещение с иной целью в сочетании с медико-психологическим консультированием пациентов из числа ветеранов боевых действий | разовые посещения |
| 7.2 | Посещение с иной целью в сочетании с медико-психологическим консультированием лиц, состоящих на диспансерном наблюдении | разовые посещения |
| 7.3 | Посещение с иной целью в сочетании с медико-психологическим консультированием женщин в период беременности, родов и послеродовой период | разовые посещения |
| 8.1 | Обращение по заболеванию в сочетании с медико-психологическим консультированием пациентов из числа ветеранов боевых действий | с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания |
| 8.2 | Обращение по заболеванию в сочетании с медико-психологическим консультированием лиц, состоящих на диспансерном наблюдении | с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания |
| 8.3 | Обращение по заболеванию в сочетании с медико-психологическим консультированием женщин в период беременности, родов и послеродовой период | с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания |
| 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 |  |

\*- применение иных значений кода цели посещения не допускается.

5.2. При включении в реестры счетов на оплату медицинской помощи случаев оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (за исключением файлов со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации по формату таблицы Д.3) обязательно заполнение элемента «MOP», соответствующего месту обращения (посещения), в соответствии со справочником V040 «Классификатор мест обращений (посещений) (KMOP)»:

|  |  |
| --- | --- |
| Код места обращения (посещения) | Наименование места обращения (посещения) |
| 1 | Поликлиника и (или) ее подразделения |
| 10 | По месту обучения в образовательной организации |
| 11 | В организации социального обслуживания (детский дом-интернат), предоставляющей социальные услуги в стационарной форме |
| 2 | На дому |
| 3 | Центр здоровья |
| 4 | Мобильная медицинская бригада |
| 5 | Фельдшерско-акушерский пункт (включая передвижные) |
| 6 | Фельдшерский пункт (включая передвижные) |
| 7 | Здравпункт |
| 8 | Иные медицинские организации |
| 9 | По месту осуществления служебной деятельности |

5.3. При формировании реестров счетов на оплату медицинской помощи в части **комплексных** **посещений с профилактической целью**, а также в **части посещений с иной целью для профилактических осмотров при оказании стоматологической помощи, в части посещений при проведении комплексного обследования в центрах здоровья** учитываются следующие особенности:

1) при включении в реестр счета в составе сведений об услугах посещений с профилактической целью в обязательном порядке заполняется элемент «CODE\_USL» в соответствии со Справочником T001 «Территориальный классификатор работ и услуг в здравоохранении по классу медицинской услуги «В» разделу «04». Код услуги «В04.026.002» для среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием (за исключением зубного врача), для зубного врача – код услуги «B04.065.004»;

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

3) при проведении профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках 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 профилактического медицинского осмотра, в том числе диспансеризации, приравнивается к 1 посещению;

4) при проведении профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках первого этапа диспансеризации, в реестре счета заполняются все необходимые сведения по кодам услуг.

5) тарифы, установленные при проведении в выходные дни профилактических медицинских осмотров определенных групп взрослого населения, в том числе 1 этапа диспансеризации, применяются только при соблюдении следующего условия: элементы «DATE\_IN» и «DATE\_OUT» - дата оказания услуг «A01.30.026 - Опрос (анкетирование) на выявление неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития» и «B04.047.004.001 - врач-терапевт (диспансеризация 1 этап)» (либо «B04.047.004.004 - (при проведении профилактического медицинского осмотра)») соответствуют одному выходному дню.

6) при обращении пациента за медицинской помощью, оказываемой в амбулаторных условиях ГБУЗ «Камчатский краевой онкологический диспансер» обязателен к заполнению элемент «NPR\_MO» кодом направившей медицинской организации, за исключение случаев самостоятельного обращения пациента в ГБУЗ «Камчатский краевой онкологический диспансер»;

7) 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.

**5.3.1.** При проведении **профилактических осмотров и диспансеризации формирование** в реестре счета на оплату медицинской помощи комплексного посещения осуществляется с учетом следующих особенностей:

1) В случае, если все медицинские услуги (осмотры и исследования) оказаны застрахованному лицу в период прохождения им диспансеризации (**значение поля «DATE\_\_IN» и «DATE\_OUT» услуги больше или равно значению «DATE\_1»**):

– значение элемента «IDSP» = 29;

– элемент «CODE\_USL» заполняется в соответствии с территориальным классификатором услуг, элемент «TARIF» не заполняется, значение элемента «SUMV\_USL» = 0.

– медицинские услуги (осмотры и исследования) отражаются с датой их оказания (поля «DATE\_IN», «DATE\_OUT»);

– медицинские услуги (осмотры и исследования), по которым имеется отказ застрахованного лица, отражаются с датой отказа (поля «DATE\_IN», «DATE\_OUT») с обязательным заполнением элемента «P\_OTK» значением «1»;

– при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации) проводится профилактический медицинский осмотр или диспансеризация и в реестре счета устанавливается значение элемента «PR\_D\_N» = 1 (состоит) или 2 (взят);

– значение элемента «SUM\_M» должно соответствовать тарифу на оплату комплексного посещения для соответствующего возраста, установленному в соответствии с приложениями 2.6, 2.6.1 или 2.6.2 к Соглашению №1/2026.

2) В случае, если отдельные медицинские услуги (осмотры и исследования) оказаны застрахованному лицу вне рамок прохождения им диспансеризации (**значение поля «DATE\_\_IN» и «DATE\_OUT» услуги меньше значения «DATE\_1»**):

– значение элемента «IDSP» = 29;

– элемент «CODE\_USL» заполняется в соответствии с территориальным классификатором услуг, значение элементов «TARIF» и «SUMV\_USL» должно соответствовать тарифу на оплату соответствующей медицинской услуги, установленному в соответствии с приложениями 2.6 или 2.6.2 к Соглашению №1/2026;

– медицинские услуги (осмотры и исследования) отражаются с датой их оказания (поля «DATE\_IN», «DATE\_OUT»);

– медицинские услуги (осмотры и исследования), по которым имеется отказ застрахованного лица, отражаются с датой отказа (поля «DATE\_IN», «DATE\_OUT») с обязательным заполнением элемента «P\_OTK» значением «1»;

– при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации) проводится профилактический медицинский осмотр или диспансеризация и в реестре счета устанавливается значение элемента «PR\_D\_N» = 1 (состоит) или 2 (взят);

– значение элемента «SUM\_M» определяется как суммарное значение элементов «SUMV\_USL» медицинских услуг, отраженных в рамках комплексного посещения, где значение поля «DATE\_\_IN» и «DATE\_OUT» услуги больше или равно значению «DATE \_1».

Ранее проведенные медицинские услуги (осмотры и исследования), результаты которых учтены при проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, должны быть подтверждены медицинскими документами застрахованного лица.

5.3.1.1. В текущем календарном году к оплате предъявляется только 1 комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения на 1 застрахованное по обязательному медицинскому страхованию лицо.

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.

При проведении профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения случай считается завершенным при условии выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации (осмотры врачами-специалистами и исследования, выполненные ранее вне рамок диспансеризации, и отказы гражданина от прохождения отдельных осмотров должны составлять не более 15% установленного объема диспансеризации), при этом обязательным для всех граждан соответствующей половозрастной группы является:

– проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом-терапевтом (врачом-терапевтом участковым, врачом-терапевтом цехового врачебного участка, врачом общей практики (семейным врачом), врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером), осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов;

– проведение маммографии;

– исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим количественным методом;

– осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки,

– определение простат-специфического антигена в крови.

Указанные исследования, являющиеся обязательными для признания случая законченным, должны быть проведены в течение текущего календарного года, за исключением следующих случаев, когда отсутствие отдельных услуг либо более ранние результаты исследований признаются обоснованными:

Маммография:

а) если невозможно провести исследование по медицинским показаниям в связи с мастэктомией, то услуга отражается без указания тарифа и стоимости и с указанием в поле «COMENTU» слова «МЕДПОКАЗАНИЯ»;

б) если в течение предшествующих 12 месяцев проводилась маммография или компьютерная томография молочных желез, то услуга отражается с датой ее оказания (поля «DATE\_IN», «DATE\_OUT») без указания тарифа и стоимости;

в) в случае, если при обращении гражданина для прохождения диспансеризации установлено, что исследование не проводилось ранее в рекомендованные сроки (от 40 до 75 лет включительно - маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм 1 раз в 2 года), то исследование проводится при обращении, график последующих исследований смещается согласно рекомендуемой частоте проведения исследования. В случае проведения исследования в сроки, отличные от рекомендованных, в сведениях об услуге отражаются даты ее оказания (поля «DATE\_IN», «DATE\_OUT»), в поле «COMENTU» указывается «УТОЧНСРОК»;

г) в соответствии с пунктом 11 Порядка гражданин вправе отказаться от проведения отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации. Услуга, по которой имеется отказ застрахованного лица, отражается с датой отказа (поля «DATE\_IN», «DATE\_OUT») без указания тарифа и стоимости и с обязательным заполнением элемента «P\_OTK» значением «1»;

д) в случае отсутствия лицензии на медицинскую деятельность в части выполнения маммографии медицинская организация вправе заключить договор с иной медицинской организацией, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности (в части выполнения требуемых работ (услуг), необходимых для проведения диспансеризации в полном объеме).

Взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки:

а) если невозможно провести исследование по медицинским показаниям в связи с экстирпацией матки, virgo, то услуга отражается без указания тарифа и стоимости и с указанием в поле «COMENTU» слова «МЕДПОКАЗАНИЯ»;

б) если в течение текущего календарного года проводилось цитологическое исследование мазка с шейки матки, то услуга отражается с датой ее оказания (поля «DATE\_IN», «DATE\_OUT») без указания тарифа и стоимости;

в) цитологическое исследование мазка (соскоба) с шейки матки может дополнительно проводиться по медицинским показаниям без учета установленной периодичности, и подлежит оплате при прохождении профилактического осмотра или диспансеризации;

г) в случае, если при обращении гражданина для прохождения диспансеризации установлено, что исследование не проводилось ранее в рекомендованные сроки (от 18 до 64 лет включительно - взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки 1 раз в 3 года), то исследование проводится при обращении, график последующих исследований смещается согласно рекомендуемой частоте проведения исследования. В случае проведения исследования в сроки, отличные от рекомендованных, в сведениях об услуге отражаются даты ее оказания (поля «DATE\_IN», «DATE\_OUT»), в поле «COMENTU» указывается «УТОЧНСРОК»;

д) в соответствии с пунктом 11 Порядка гражданин вправе отказаться от проведения отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации. Услуга, по которой имеется отказ застрахованного лица, отражается с датой отказа (поля «DATE\_IN», «DATE\_OUT») без указания тарифа и стоимости и с обязательным заполнением элемента «P\_OTK» значением «1».

Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим количественным методом:

а) в случае, если при обращении гражданина для прохождения диспансеризации установлено, что исследование не проводилось ранее в рекомендованные сроки (в возрасте от 40 до 64 лет включительно - исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом 1 раз в 2 года), то исследование проводится при обращении, график последующих исследований смещается согласно рекомендуемой частоте проведения исследования. В случае проведения исследования в сроки, отличные от рекомендованных, в сведениях об услуге отражаются даты ее оказания (поля «DATE\_IN», «DATE\_OUT»), в поле «COMENTU» указывается «УТОЧНСРОК»;

б) если в течение текущего календарного года проводилось исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим количественным методом с использованием иммунохимической реакции антиген-антитело, то услуга отражается с датой ее оказания (поля «DATE\_IN», «DATE\_OUT») без указания тарифа и стоимости;

в) в соответствии с пунктом 11 Порядка гражданин вправе отказаться от проведения отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации. Услуга, по которой имеется отказ застрахованного лица, отражается с датой отказа (поля «DATE\_IN», «DATE\_OUT») без указания тарифа и стоимости и с обязательным заполнением элемента «P\_OTK» значением «1».

В случае проведения отдельных диагностических исследований в рамках первого этапа диспансеризации или медицинского осмотра определенных групп населения с использованием искусственного интеллекта, оплата комплексного посещения осуществляется по тарифам комплексного посещения с использованием искусственного интеллекта, установленным в соответствии с приложениями 2.6 и 2.6.1 к Соглашению № 1/2026.

Использование искусственного интеллекта при проведении диагностического исследования не может заменять заключение врача-специалиста.

Направление на диагностические исследования (компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, позитронную эмиссионную томографию и (или) позитронную эмиссионную томографию, совмещенную с компьютерной томографией, однофотонную эмиссионную компьютерную томографию и (или) однофотонную эмиссионную компьютерную томографию, совмещенную с компьютерной томографией), включенные в норматив Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Камчатском крае, и их оплата в рамках диспансеризации и профилактических осмотров, осуществляется только по договору в порядке межучрежденческих расчетов в соответствии с пунктом 3.4.2.3 Соглашения № 1/2026.

При проведении профилактического медицинского осмотра или диспансеризации несовершеннолетних в элементе «COMENTSL» указывается возраст, соответствующий набору услуг. При этом к количеству месяцев добавляется символ «м» (пример: 0м, 1м, ... ,12м,15м,18м, 2, 3, ... ,16,17).

5.3.1.2. При включении в счет и реестр счета комплексного посещения диспансеризации, проведенной мобильными медицинскими бригадами, с использованием передвижного медицинского комплекса в сведениях о законченном случае обязательно заполнение следующих элементов:

- «VBR» = 1;

- «MOP» = 4.

5.3.1.3. Формирование реестров в части проведенных лабораторных и иных диагностических исследований, проведенных центрами диагностики, осуществляется с учётом следующих особенностей:

1) медицинские организации, которые проводят диспансеризацию и медицинские осмотры определенных групп населения, в реестре счета (файл в соответствии с таблицей Д3) в сведениях об услуге заполняют все необходимые сведения по кодам услуг в центрах диагностики, элемент «TARIF – Тариф» не заполняется, значение элемента «SUMV\_USL – Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)» = 0.

2) исполнитель централизованных услуг формирует реестр счета (файл в соответствии с таблицами Д1 или Д4) на оплату диагностических услуг, по тарифу, установленному в соответствии с Соглашением № 1/2026. Для указанных услуг в рамках диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения значение элемента «P\_CEL» = 5.4;

3) страховая медицинская организация оплачивает исследования на основании предъявленного к оплате счета и реестра счета исполнителем централизованных услуг в пределах утвержденных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объемов указанных лабораторных и иных исследований за счет уменьшения объема финансирования по профилактическим медицинским осмотрам, в том числе диспансеризации, направившей на исследование медицинской организации.

Оплата страховой медицинской организацией лабораторных и иных исследований, проведенных центрами диагностики, осуществляется после поступления в страховую медицинскую организацию подписанного акта сверки между медицинскими организациями, направившими на лабораторные и иные исследования, и центром диагностики. Приложением к акту сверки являются поименные списки пациентов, в отношении которых были оформлены направления, 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 настоящим Правилам).

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

1) соответствие возраста (по году и месяцу рождения – для детского населения в возрасте до 2-х лет, по году рождения – для взрослого населения и детей в возрасте 2-х лет и старше) застрахованного лица возрастным категориям, указанным в соответствующих Порядках;

2) отсутствие проведенного ранее (в текущем месяце – для детского населения в возрасте до 12 месяцев, в предыдущих 3 месяцах – для детей в возрасте 1 год и 3 месяца, 1 год и 6 месяцев, в предыдущих 6 месяцах – для детей в возрасте 2 года, в текущем году – для взрослого населения и детей в возрасте 3-х лет и старше) первого (второго) этапа диспансеризации, профилактического медицинского осмотра по конкретному застрахованному лицу;

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 категории застрахованного лица и с учетом требований, установленных пунктом 5.2.1.2 настоящих Правил;

5) 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»):

- у взрослых – 12 месяцев, за исключением исследования кала на скрытую кровь, осмотра фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятия мазка с шейки матки, цитологического исследования мазка с шейки матки, определения простат-специфического антигена в крови, которые должны быть проведены в текущем календарном году;

- у детей – 3 месяца;

- у детей до 2-х лет – 1 месяц.

6) 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» = ДВ4) по конкретному застрахованному лицу;

б) дата начала и завершения второго этапа не может быть позже, чем застрахованное лицо достигнет следующей возрастной группы.

5.3.1.5. В случаях, когда в районной больнице для проведения диспансеризации и медицинских осмотров привлекаются врачи «выездной бригады», организованной в соответствии с Постановлением Правительства Камчатского края от 07.04.2008 № 85-П «Об организации предоставления государственных услуг и государственных функций методом «выездных бригад»», предъявление реестра счета и счета к оплате производится в следующем порядке:

а) если для проведения осмотра или диагностики привлекается врач «выездной бригады» в части выполнения работ (оказания услуг), на которые в районной больнице имеется лицензия, то медицинская организация, в которой проводится диспансеризация/медицинский осмотр, включает осмотр либо результаты проведенных исследований указанного специалиста в реестр счета по диспансеризации/медицинскому осмотру. Наличие соответствующих сведений в первичной медицинской документации по месту проведения диспансеризации/медицинского осмотра обязательно.

б) если для проведения осмотра или диагностики привлекается врач «выездной бригады» в части выполнения работ (оказания услуг), на которые в районной больнице отсутствует лицензия, то предъявление реестра счета и счета к оплате производится в общеустановленном порядке медицинской организацией по месту оказания медицинской помощи при условии заключения договора с медицинской организацией, направившей соответствующего специалиста.

5.3.1.6. **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 № 1/2026;

- для несовершеннолетних – тарифам на осмотры врачей, установленным приложением 2.4 к Соглашению № 1/2026 и (или) тарифам на диагностические исследования, установленным приложением 2.6 к Соглашению № 1/2026.

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.

В случае, когда медицинская организация привлекает для проведения второго этапа диспансеризации медицинских работников иных медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности в части выполнения требуемых работ (услуг), необходимых для проведения второго этапа диспансеризации, то предъявление реестра счета и счета к оплате производится в общеустановленном порядке медицинской организацией по месту оказания медицинской помощи при условии заключения договора с медицинской организацией, направившей соответствующего специалиста.

При этом межучрежденческие расчеты осуществляются по тарифам, установленным приложением 2.6 (для взрослого населения) и 2.4 (для несовершеннолетних) к Соглашению № 1/2026 на соответствующие услуги.

5.3.1.7. **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».

5.3.1.8. **Углубленная диспансеризация** проводится и включается в реестр счета на оплату медицинской помощи при условии **включения пациента в Федеральный регистр лиц, больных COVID-19, не ранее 2025 года.** В исключительных случаях углубленная диспансеризация также может быть проведена по инициативе гражданина, в отношении которого отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией COVID-19, при подаче им заявления на имя руководителя медицинской организации, выбранной гражданином для оказания первичной медико-санитарной помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации, о его желании пройти углубленную диспансеризацию, оформленного в произвольной форме в письменном виде.

Услуги, включенные в перечень исследований и медицинских вмешательств в рамках углубленной диспансеризации застрахованных по ОМС лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19, должны включаться в отдельный счет и реестр счета (формат таблицы Д.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, 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 центрах диагностики, 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 № 1/2026. 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.

5.3.2. При включении в реестр счета **комплексного обследования в центре здоровья (центре медицины здорового долголетия)** (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 следующих элементов:

1) В случае, если исследования, необходимые к проведению с учетом этапности обследования, проведены застрахованному лицу в период его обследования в центре здоровья (центре медицины здорового долголетия) (**значение поля «DATE\_\_IN» и «DATE\_OUT» услуги больше или равно значению «DATE\_1»**):

– значение элемента «IDSP» = 29;

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

- «MOP» = 3;

– элемент «CODE\_USL» заполняется в соответствии с территориальным классификатором услуг, элемент «TARIF» не заполняется, значение элемента «SUMV\_USL» = 0.

– медицинские услуги (осмотры и исследования) отражаются с датой их оказания (поля «DATE\_IN», «DATE\_OUT»);

– значение элемента «SUM\_M» должно соответствовать тарифу на оплату комплексного посещения, установленному в соответствии с приложением 2.4.4 к Соглашению №1/2026.

2) В случае, если отдельные исследования, необходимые к проведению с учетом этапности обследования, проведены застрахованному лицу в течение предыдущих 6 месяцев до даты начала обследования в центре здоровья (центре медицины здорового долголетия) (**значение поля «DATE\_\_IN» и «DATE\_OUT» услуги меньше значения «DATE\_1»**):

– значение элемента «IDSP» = 29;

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

- «MOP» = 3;

– элемент «CODE\_USL» заполняется в соответствии с территориальным классификатором услуг, значение элементов «TARIF» и «SUMV\_USL» должно соответствовать тарифу на оплату соответствующей медицинской услуги, установленному в соответствии с приложением 2.4.4 к Соглашению №1/2026;

– медицинские услуги (осмотры и исследования) отражаются с датой их оказания (поля «DATE\_IN», «DATE\_OUT»);

– значение элемента «SUM\_M» определяется как суммарное значение элементов «SUMV\_USL» медицинских услуг, отраженных в рамках комплексного посещения, где значение поля «DATE\_\_IN» и «DATE\_OUT» услуги больше или равно значению «DATE \_1».

Ранее проведенные исследования, результаты которых учтены при проведении обследования в центре здоровья (центре медицины здорового долголетия), должны быть подтверждены медицинскими документами застрахованного лица.

Комплексное обследование в центре здоровья (центре медицины здорового долголетия) предъявляется к оплате только в случае выполнения всех услуг, входящих в состав комплексного посещения с учетом его этапности.

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 (центре медицины здорового долголетия), обязательно заполняется элемент «LPU\_1» в соответствии со справочником F033 «Справочник структурных подразделений медицинских организаций (SPMO)» кодом структурного подразделения медицинской организации, соответствующим центру здоровья (центру медицины здорового долголетия).

5.4.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.

5.5. При формировании реестров счетов на оплату медицинской помощи **в части комплексных посещений при проведении диспансерного наблюдения** врачом-терапевтом (врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом)), врачом-акушером-гинекологом, иными врачами-специалистами, фельдшером в фельдшерско-акушерских пунктах (фельдшерских пунктах, фельдшерских здравпунктах) - 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 за взрослыми, утвержденным приказом Минздрава России от 15.03.2022 № 168н, в соответствии с Порядком диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями, утвержденным Приказом Минздрава России от 04.06.2020 № 548н, в соответствии с «Порядок прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях», утвержденным приказом Минздрава России от 11.04.2025 № 192н в электронном формате реестра счета обязательно заполнение элементов:

– «CODE\_USL» по кодам номенклатуры медицинских услуг, соответствующим диспансерному приему: В04.047.001, В04.047.003, В04.026.001, B04.001.001 и т.п.;

– «DN»;

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

При формировании реестров счетов на оплату медицинской помощи в части посещений при проведении диспансерного наблюдения в соответствии с Порядком диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями, утвержденным Приказом Минздрава России от 04.06.2020 № 548н определение тарифа в разрезе групп диспансерного наблюдения 1-ДН-онко, 2-ДН-онко, 3-ДН-онко осуществляется в соответствии с указанным в реестре диагнозом по элементу «DS1».

5.6. При формировании реестров счетов на оплату медицинской помощи в части комплексных посещений **дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом**, которое осуществляется медицинским работником медицинской организации, где пациент получает первичную медико-санитарную помощь, при проведении диспансерного наблюдения в соответствии с клиническими рекомендациями, учитываются следующие особенности:

1) комплексное посещение дистанционного наблюдения включается в реестр счета на оплату медицинской помощи по истечении 1 месяца дистанционного наблюдения;

2) значение элемента «P\_CEL» =2.9.

Установить, что при формировании отчетности учет выполненных объемов осуществляется по количеству человек, состоящих на дистанционном наблюдении за отчетный период.

5.7. 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 2.2.11 Соглашения № 1/2026 значения элементов «DATE\_1» и «DATE\_2», «DATE\_Z\_1» и «DATE\_Z\_2» соответствуют дате выписки пациента из стационара, значение элемента «PODR» должно соответствовать коду отделения круглосуточного стационара или приемного покоя. При оплате по тарифу за посещение по неотложной помощи в соответствии с п. 2.2.10 Соглашения № 1/2026 случая медицинской помощи, завершившегося летальным исходом, значение элемента ««RSLT - Результат обращения» = 399 «Умер», значение элемента «ISHOD - Исход заболевания» = 305 «Ухудшение».

5.8. 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 со Справочником T001 «Территориальный классификатор работ и услуг в здравоохранении 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) случаи, когда два и более посещений приходились на предыдущий месяц, 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 или значением «303» - Лечение прервано по инициативе ЛПУ;

5) при осуществлении катамнестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией все посещения в течение одного месяца к врачу-педиатру и врачам-специалистам учитываются в составе одного обращения по поводу заболевания (комплексная услуга) и в электронной форме реестра счета на оплату медицинской помощи в составе одного законченного случая отражаются сведения обо всех случаях. При этом стоимость законченного случая, выставленная к оплате, со значением, отличным от 0, отражается только в сведениях о случае по профилю «Педиатрия»;

6) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в случаях, когда врач при проведении осмотра только заподозрил заболевание, но диагноза не поставил и направил пациента к соответствующему специалисту другого профиля в пределах одной медицинской организации для установки диагноза, посещения у врача, проводившего осмотр, и посещение у консультирующего специалиста учитываются как один законченный случай (обращение по поводу заболевания). В реестре счета на оплату медицинской помощи в составе одного законченного случая отражаются сведения обо всех случаях (по разным профилям медицинской помощи). При этом в сведениях о случае по профилю соответствующего консультирующего врача отражается стоимость каждого посещения, выставленная к оплате. В сведениях о случае по профилю врача, проводившего осмотр (врач-терапевт участковый, врач-педиатр участковый и т.п.), стоимость указывается в зависимости от кратности соответствующих посещений (за посещение или обращение по заболеванию);

7) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях при оформлении направления на плановую госпитализацию, направления на МСЭ, при оформлении санаторно-курортной карты, при оформлении медицинской карты ребенка, медицинской справки в организации отдыха детей и их оздоровления в реестре счета на оплату медицинской помощи в составе одного законченного случая отражаются сведения обо всех случаях (по разным профилям медицинской помощи). При этом в сведениях о случае по профилю соответствующего врача отражается стоимость каждого посещения, выставленная к оплате. В сведениях о случае по профилю врача, оформляющего направление (врач-терапевт участковый, врач-педиатр участковый и т.п.), стоимость указывается в зависимости от кратности соответствующих посещений (за посещение или обращение по заболеванию). В случае, если в медицинской организации, оформляющей направление, отсутствуют врачи отдельных специальностей и осмотр пациента производят специалисты других медицинских организаций, оплата осуществляется в порядке межучрежденческих расчетов.

8) при включении в счет и реестр счета случая оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, завершившегося оформлением направления на медико-социальную экспертизу (далее – МСЭ), обязательно заполнение элементов:

- «P\_CEL» значением 6.5 «Посещение при оформлении направления на медико-социальную экспертизу» или 6.6 «Обращение при оформлении направления на медико-социальную экспертизу»;

- «CODE\_USL» в соответствии со справочником V038 «Перечень медицинских услуг в рамках ОМС в целях проведения МСЭ». Данные сведения вносятся в реестр для формирования статистических данных.

Случаи оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, завершившиеся оформлением направления на медико-социальную экспертизу, включаются в отдельный счет и реестр счета.

5.9. При формировании реестров счетов на оплату медицинской помощи **в амбулаторных условиях по профилю «медицинская реабилитация»** учитываются следующие особенности:

1. обязательно заполнение элемента «CODE\_MES2» значением «301» – 1 балл по ШРМ, «302» – 2 балла по ШРМ или «303» – 3 балла по ШРМ, определенных при оценке состояния по шкале реабилитационной маршрутизации в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 г. № 788н;
2. при включении в счет и реестр счета случая оказания медицинской помощи на дому по профилю «медицинская реабилитация» обязательно заполнение следующих элементов:

- «CODE\_USL» - значениями в соответствии со справочником T001 «Территориальный классификатор работ и услуг в здравоохранении»:

- B05.014.002.002 «Услуги по медицинской реабилитации пациента после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19 на дому»;

- B05.024.001.002 «Услуги по медицинской реабилитации с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы на дому»;

- B05.023.002.001.001 «Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями центральной нервной системы на дому»;

- B05.023.003.001 «Услуги по медицинской реабилитации пациента с детским церебральным параличом на дому»;

- «MOP» = 2.

3) при включении в счет и реестр счета случая оказания медицинской помощи на дому по профилю «медицинская реабилитация» с применением телемедицинских (дистанционных) технологий обязательно заполнение следующих элементов:

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

- «MOP» = 2.

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

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

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

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

3) в электронной форме реестра счета в сведениях о случае по одному пациенту значение элемента **«ED\_COL» = 1** и соответствует 1 обращению по поводу заболевания (включает все посещения соответствующего пациента по поводу заболевания, в том числе 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;

4) 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;

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

– в части отражения оказанных комплексных медицинских услуг по перечню, утвержденному в разделе 1 таблицы приложения 2.4.1 к Соглашению № 1/2026, 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 2.4.1 к Соглашению № 1/2026, 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 оказанных комплексных услуг)**, «TARIF» заполняются в соответствии с приложением 2.4.1 к Соглашению № 1/2026;

– 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 со Справочником T001 «Территориальный классификатор работ и услуг в здравоохранении» 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.

5.11. 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 со Справочником T001 «Территориальный классификатор работ и услуг в здравоохранении 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.

5.12. При формировании реестров счетов на оплату **амбулаторной медицинской помощи** **по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц** устанавливается значение элемента «IDSP»=31.

Случаи оказанной медицинской помощи, включенные в реестр по подушевому нормативу и отклоненные после проведения медико-экономического контроля, дорабатываются в установленные законодательством сроки и подаются к оплате в общем счете по тарифам с учетом Кподуш. В данных случаях значение элемента «IDSP»=31.

После расчета индивидуального коэффициента соответствия (Кподуш) в электронной форме реестра в значении элемента «SUMV» по каждой строке отражается сумма с учетом Кподуш (сумма отражается с двумя знаками после запятой, без округления).

5.13. При формировании реестров счетов на оплату **амбулаторной медицинской помощи**, оказанной в фельдшерско-акушерских пунктах (фельдшерских пунктах, фельдшерских здравпунктах) обязательно заполнение следующих элементов:

- «IDSP» = 31 или 44 (в соответствии с установленным приложением 1 к Соглашению № 1/2026 способом оплаты);

- «MOP» = 5-7 (в соответствии со справочником V040 «Классификатор мест обращений (посещений) (KMOP)».

Случаи оказанной медицинской помощи, включенные в реестр по нормативу финансирования ФП/ФАП и отклоненные после проведения медико-экономического контроля, дорабатываются в установленные законодательством сроки и подаются к оплате в общем счете по тарифам с учетом Кподуш. В данных случаях значение элемента «IDSP»=31 или «IDSP»=44 (в соответствии с установленным приложением 1 к Соглашению № 1/2026 способом оплаты).

После расчета индивидуального коэффициента соответствия (Кфп/фап) в электронной форме реестра в значении элемента «SUMV» по каждой строке отражается сумма с учетом Кфп/фап (сумма отражается с двумя знаками после запятой, без округления).

5.14. Медицинские организации, оформляющие **направления** **при наличии у медицинской организации лицензии, но отсутствии специалиста соответствующего профиля** (за исключением случаев плановой консультативно-диагностической помощи в амбулаторных условиях по направлениям в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Камчатского края от 12.09.2014 № 774) в другую медицинскую организацию в части посещений с иными целями и обращений по заболеванию, предусмотренные пунктом 3.4.7 Соглашения № 1/2026, в обязательном порядке в направлении заполняют следующие сведения:

- 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).

5.13.1. При формировании медицинскими организациями реестров счетов на оплату медицинской помощи в части посещений с иными целями и обращений по заболеванию, указанных в пункте 3.4.7 Соглашения № 1/2026 обязательно заполнение кодов услуг в соответствии со справочником Т001 «Территориальный классификатор работ и услуг в здравоохранении», а также кодов целей в соответствии со справочником Т025 «Территориальный классификатор целей посещения»:

– «P\_CEL» = 6.1 – разовые посещения по заболеваниям по направлениям, выданным по согласованию с МО-исполнителем иной медицинской организацией по месту прикрепления гражданина;

– «P\_CEL» = 6.2 – осмотр специалиста в рамках диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения в соответствии с Порядками, утвержденными приказами Минздрава России, по направлениям, выданным по согласованию с МО-исполнителем иной медицинской организацией по месту прикрепления гражданина;

– «P\_CEL» = 6.3 – с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания по направлениям, выданным по согласованию с МО-исполнителем иной медицинской организацией по месту прикрепления гражданина;

– «P\_CEL» = 6.4 – осмотр специалиста в рамках диспансеризации определенных групп населения в соответствии с Порядками, утвержденными приказами Минздрава России, по направлениям, выданным по согласованию с МО-исполнителем иной медицинской организацией по месту прикрепления гражданина.

5.13.2. Установить, что при сверке оказанной медицинской помощи в части посещений с иными целями и обращений по заболеванию, указанных в пункте 3.4.7 Соглашения № 1/2026, по направлениям от медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, приложением к акту сверки являются поименные списки пациентов, в отношении которых были оформлены направления медицинскими организациями-фондодержателями, с указанием объемов медицинской помощи в разрезе оплачиваемых медицинских услуг (предоставляются в электронном виде в формате CSV в соответствии с требованиями, установленными приложением 1.1 к настоящим Правилам).

5.15. При формировании реестров счетов на оплату в части **посещений с иной целью или обращений по заболеванию в сочетании с кодом номенклатуры медицинских услуг B01.070.009.001 «Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога»** по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и/или состоянием, пациентов из числа ветеранов боевых действий, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по тарифам, установленным приложением 2.4 к Соглашению № 1/2026 обязательном порядке учитываются следующие особенности:

1) значение элемента «DATE\_IN» для медицинской услуги B01.070.009.001 «Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога» должно соответствовать дате направления на медико-психологическое консультирование;

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

– «P\_CEL» = 7.1 – посещение с иной целью в сочетании с медико-психологическим консультированием пациентов из числа ветеранов боевых действий;

– «P\_CEL» = 7.2 – посещение с иной целью в сочетании с медико-психологическим консультированием лиц, состоящих на диспансерном наблюдении;

– «P\_CEL» = 7.3 – посещение с иной целью в сочетании с медико-психологическим консультированием женщин в период беременности, родов и послеродовой период;

– «P\_CEL» = 8.1 – обращение по заболеванию в сочетании с медико-психологическим консультированием пациентов из числа ветеранов боевых действий;

– «P\_CEL» = 8.2 – обращение по заболеванию в сочетании с медико-психологическим консультированием лиц, состоящих на диспансерном наблюдении;

– «P\_CEL» = 8.3 – обращение по заболеванию в сочетании с медико-психологическим консультированием женщин в период беременности, родов и послеродовой период;

1. при медико-психологическом консультировании лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, значение элемента «DN» должно соответствовать значению кода 1 – «состоит» или 2 – «взят»;
2. при медико-психологическом консультировании женщин в период беременности, родов и послеродовой период значение элемента «DS1» должно соответствовать кодам класса МКБ-10 XXI «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения» Z34, Z35 или XV «Беременность, роды и послеродовой период» О10, О20, О21, О23, О24, О25, О26, О30, О31, О34, О36, О40, О41, О99.
3. при медико-психологическом консультировании лиц из числа ветеранов боевых действий значение элемента «SOC» должно соответствовать значению 035 – «участник специальной военной операции (СВО), уволенный в запас (отставку)».
4. при формировании реестров-счетов в части случаев, включающих медико-психологическое консультирование лиц из числа ветеранов боевых действий, сотрудником, ответственным за формирование реестров медицинской организации до проведения ФЛК в обязательном порядке производится сверка сведений о застрахованных лицах, которым была оказана медицинская помощь в отчетном периоде, со списками участников СВО на Едином информационном ресурсе территориального фонда (далее – ЕИР ТФОМС). В случае выявления в реестре счета элемента «SOC»=000 в отношении застрахованного лица, включенного в список участников СВО на ЕИР ТФОМС, в реестр счета вносятся соответствующие изменения в части заполнения элемента «SOC» значением 035.

5.16. При формировании МО-исполнителями реестров счетов на оплату **патолого-анатомических вскрытий пациентов, умерших в стационаре медицинских организаций**, расположенных на территории Камчатского края, в которых отсутствует патолого-анатомическое отделение, учитываются следующие особенности:

1) Значения элементов «DATE\_IN» и «DATE\_1» для патолого-анатомического вскрытия должны соответствовать дате направления на патолого-анатомическое вскрытие и могут позже даты смерти пациента.

2) Наличие в предъявленных на оплату реестрах счетов сведений о прерванном случае госпитализации в круглосуточном стационаре пациента, которому проводится патолого-анатомическое вскрытие. При этом значения элементов «DATE\_OUT» и «DATE\_2» для случая госпитализации должны быть меньше или равны значению элементов «DATE\_IN» и «DATE\_1» для патолого-анатомического вскрытия того же пациента.

3) Значение элемента «NPR\_MO» должно отличаться от значения элемента «CODE\_MO» для патолого-анатомического вскрытия пациента.

5.17. Медицинская организация, в которой застрахованному лицу оказана **медицинская помощь мобильными медицинскими бригадами в амбулаторных условиях в рамках посещений с иной целью, обращений по заболеванию и диагностических исследований**, осуществляемых по назначению врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при формировании реестра счета на оплату медицинской помощи в электронном формате в сведениях о законченном случае элемент:

- «CODE\_MES1» = «MOB»;

- «MOP» = 4.

При этом элемент «TARIF» должен соответствовать:

- для посещений с иной целью и обращений по заболеванию – тарифам на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях мобильной бригадой, установленным приложением 2.4 к Соглашению № 1/2026;

- для диагностических исследований, осуществляемых по назначению врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную – тарифам на оплату диагностических исследований, установленным приложением 7 к Соглашению № 1/2026, с учетом повышающего коэффициента к стоимости исследования в размере 1,2.

5.18. При формировании реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, включенными в перечень медицинских организаций по пункту 5.19 настоящих Правил, в части посещений с иной целью и обращений в связи с заболеванием лицами, неприкрепленными к медицинской организации и не имеющими направления от лечащего врача по месту прикрепления, за исключением случаев оказания медицинской помощи по профилям «терапия», «педиатрия», «акушерское дело», «лечебное дело» и «общая врачебная практика (семейная медицина)», а также профиля «кардиология» в ГБУЗ «Камчатский краевой кардиологический диспансер» и профиля «ревматология» в ГБУЗ «Камчатский краевой кардиологический диспансер», учитываются следующие особенности:

- медицинская организация формирует отдельный счет и реестр счета на оплату посещений с иной целью и обращений в связи с заболеванием лицами, неприкрепленными к медицинской организации и не имеющими направления от лечащего врача по месту прикрепления, с обязательным заполнением элемента «ZL\_LIST/SCHET/COMENTS» значением «СТОРОННИЕ»;

- значение элемента «P\_CEL» должно соответствовать значению кода цели в соответствии со справочником Т025 «Территориальный классификатор целей посещения», соответствующему виду посещения с иной целью или обращения в связи с заболеванием: 1.0 – Посещение по заболеванию, 2.6 – Посещение по другим обстоятельствам, 3.0 – Обращение по заболеванию, 7.1 - Посещение с иной целью в сочетании с медико-психологическим консультированием пациентов из числа ветеранов боевых действий, 7.2 - Посещение с иной целью в сочетании с медико-психологическим консультированием лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, 7.3 - Посещение с иной целью в сочетании с медико-психологическим консультированием женщин в период беременности, родов и послеродовой период, 8.1 - Обращение по заболеванию в сочетании с медико-психологическим консультированием пациентов из числа ветеранов боевых действий, 8.2 - Обращение по заболеванию в сочетании с медико-психологическим консультированием лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, 8.3 - Обращение по заболеванию в сочетании с медико-психологическим консультированием женщин в период беременности, родов и послеродовой период.

Оплата страховыми медицинскими организациями медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, включенными в перечень медицинских организаций по пункту 5.18 настоящих Правил, в части посещений с иной целью и обращений в связи с заболеванием лицами, неприкрепленными к медицинской организации и не имеющими направления от лечащего врача по месту прикрепления, осуществляется на основании предъявленного на оплату МО-исполнителем отдельного счета и реестра счета за счет уменьшения объема финансирования МО-фондодержателя (медицинской организации, к которой прикреплен пациент).

Сведения об объеме финансирования МО-фондодержателя, подлежащего уменьшению формируются территориальным фондом ОМС Камчатского края и направляются в страховые медицинские организации ежемесячно после проведения МЭК, но не позднее 18-го числа месяца, следующего за отчетным.

Случаи оказания медицинской помощи застрахованным на территории Камчатского края, прикрепленным к медицинским организациям, расположенным за пределами Камчатского края, в части посещений с иной целью и обращений в связи с заболеванием, включаются в реестр счета на оплату по подушевому нормативу финансирования (значение элемента «IDSP»=31 или «IDSP»=44 в соответствии с установленным приложением 1 к Соглашению № 1/2026 способом оплаты). Медицинские организации, для которых не предусмотрен способ оплаты по подушевому нормативу финансирования, включают указанные случаи в основной реестр счета (значение элемента «IDSP»=29, «IDSP»=30 в соответствии с установленным приложением 1 к Соглашению № 1/2026 способом оплаты).

Случаи оказания медицинской помощи по профилю «терапия», «педиатрия», «акушерское дело», «лечебное дело», «общая врачебная практика (семейная медицина)» в части посещений с иной целью и обращений в связи с заболеванием лицами, неприкрепленными к медицинской организации и не имеющими направления от лечащего врача по месту прикрепления, включаются в основной реестр счета (значение элемента «IDSP»=31 или «IDSP»=44 в соответствии с установленным приложением 1 к Соглашению № 1/2026 способом оплаты).

Случаи оказания медицинской помощи в ГБУЗ «Камчатский краевой кардиологический диспансер» по профилям «кардиология» и «ревматология» в части посещений с иной целью и обращений в связи с заболеванием лицами, неприкрепленными к медицинской организации и не имеющими направления от лечащего врача по месту прикрепления, подлежат оплате как консультативные посещения с иными целями и консультативные обращения по заболеванию (значение элемента «IDSP»=29 или «IDSP»=30 в соответствии с установленным приложением 1 к Соглашению № 1/2026 способом оплаты).

Случаи оказания медицинской помощи новорожденным до оформления полиса обязательного медицинского страхования включаются в реестр счета на оплату по подушевому нормативу финансирования (значение элемента «IDSP»=31 или «IDSP»=44 в соответствии с установленным приложением 1 к Соглашению № 1/2026 способом оплаты).

5.19. Установить перечень медицинских организаций, на которых распространяется действие пункта 5.18 настоящих Правил:

- ГБУЗ «Камчатская краевая больница им. А.С. Лукашевского» (в части медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «стоматология»);

- ГБУЗ «Камчатская краевая детская больница» (в части медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «стоматология»);

- ГБУЗ «Камчатская краевая стоматологическая поликлиника»;

- ГБУЗ «Камчатский краевой кардиологический диспансер»;

- ГБУЗ «Корякская окружная больница»;

- ГБУЗ «Петропавловск-Камчатская городская больница № 1»;

- ГБУЗ «Петропавловск-Камчатская городская больница № 2»;

- ГБУЗ «Петропавловск-Камчатская городская поликлиника № 1»;

- ГБУЗ «Петропавловск-Камчатская городская поликлиника № 3»;

- ГБУЗ «Камчатский краевой родильный дом» (в части медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «акушерство и гинекология»);

- ГБУЗ «Петропавловск-Камчатская городская стоматологическая поликлиника» (в части медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «стоматология»);

- ГБУЗ «Петропавловск-Камчатская городская детская поликлиника № 1»;

- ГБУЗ «Петропавловск-Камчатская городская детская поликлиника № 2»;

- ГБУЗ «Петропавловск-Камчатская городская детская стоматологическая поликлиника» (в части медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «стоматология»);

- ГБУЗ «Елизовская районная больница»;

- ГБУЗ «Елизовская районная стоматологическая поликлиника» (в части медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «стоматология»);

- ГБУЗ «Мильковская районная больница»;

- ГБУЗ «Усть-Большерецкая районная больница»;

- ГБУЗ «Усть-Камчатская районная больница»;

- ГБУЗ «Ключевская районная больница»;

- ГБУЗ «Соболевская районная больница»;

- ГБУЗ «Быстринская районная больница»;

- ГБУЗ «Вилючинская городская больница»;

- ГБУЗ «Никольская районная больница»;

- ГБУЗ «Тигильская районная больница»;

- ГБУЗ «Карагинская районная больница»;

- ГБУЗ «Олюторская районная больница»;

- ГБУЗ «Пенжинская районная больница»;

- Камчатская больница ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России;

- ФКУЗ «МСЧ МВД России по Камчатскому краю»;

- ГБУЗ «Озерновская районная больница»;

- ГБУЗ «Камчатский краевой центр общественного здоровья и медицинской профилактики».

5.20. Установить, что при формировании реестров счетов на оплату комплексных посещений школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, в обязательном порядке заполняются следующие элементы:

- «P\_CEL» = 1.9;

- «CODE\_USL» - кодом услуги, соответствующему школе, в которой пациент прошел обучение по соответствующему заболеванию, установленному в соответствии с приложением 2.4.3 к Соглашению № 1/2026.

Установить, что оплата посещений школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, осуществляется при условии проведения всех занятий, включенных в тариф по соответствующему заболеванию.

**6. Установить, что при формировании реестров счетов на оплату** **стационарной медицинской помощи** (раздел 3.5 Соглашения № 1/2026)в обязательном порядке заполняются элементы:

- «PROFIL\_K» – заполняется в соответствии с установленными значениями территориального справочника T020;

- «N\_KSG», соответствующий номеру выбранной КСГ;

- «KD\_Z» и «KD», соответствующие продолжительности госпитализации в койко-днях;

- «KSG\_PG» – признак использования подгруппы;

- «VER\_KSG» = 2026;

- «KOEF\_Z» – коэффициент затратоемкости;

- «KOEF\_UP» –коэффициент специфики;

- «BZTSZ» – значение базовой ставки;

- «KOEF\_D» – значение коэффициента дифференциации;

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

- «KOEF\_PR» – значение доли оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям пункта 2.2 Соглашения № 1/2026, в размерах, установленных пунктом 3.5.5 Соглашения № 1/2026. В случае, если основания для оплаты за прерванный случай отсутствуют, указывается значение «1».

- «TARIF» – тариф в соответствии с приложением 3.1 к Соглашению № 1/2026, с двумя знаками после запятой, с учетом математических правил округления;

- «PR\_PR» – заполняется в соответствии с установленными значениями справочника V042;

- «SL\_K» – признак использования КСЛП.

При формировании реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях без использования дистанционных технологий, элемент «CODE\_MES2» должен соответствовать признаку длительности случая со значением:

«1» – для законченного случая (без использования дистанционных технологий),

«21» – для прерванного, в том числе сверхкороткого, случая длительностью менее 3 дней включительно, при невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии с оплатой 20% от стоимости соответствующей КСГ (без использования дистанционных технологий);

«22» – для сверхкороткого случая длительностью менее 3 дней включительно при выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии с оплатой 80% от стоимости соответствующей КСГ (без использования дистанционных технологий);

«23» – для прерванного, в том числе сверхкороткого, случая длительностью менее 3 дней включительно, с оплатой в размере 100 % стоимости соответствующей КСГ (без использования дистанционных технологий);

«24» - для прерванного случая длительностью более 3 дней при выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии с оплатой 90% от стоимости соответствующей КСГ (без использования дистанционных технологий);

«25» - для случая, прерванного по основаниям 2-4 пункта 2.2 Соглашения № 1/2026, и подлежащего оплате в размере 100% в составе двух КСГ по основаниям 2-9 пункта 2.2.8 Соглашения № 1/2026 (без использования дистанционных технологий);

«3» – для прерванного случая длительностью более 3 дней при невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии с оплатой 50% от стоимости соответствующей КСГ (без использования дистанционных технологий);

«4» – для сверхдлительной госпитализации (без использования дистанционных технологий).

При формировании реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях с использованием дистанционных технологий элемент «CODE\_MES2» должен соответствовать признаку длительности случая со значением:

«11» – для законченного случая (с использованием дистанционных технологий),

«211» – для прерванного, в том числе сверхкороткого, случая длительностью менее 3 дней включительно, при невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии с оплатой 20% от стоимости соответствующей КСГ (с использованием дистанционных технологий);

«221» – для сверхкороткого случая длительностью менее 3 дней включительно при выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии с оплатой 80% от стоимости соответствующей КСГ (с использованием дистанционных технологий);

«231» – для прерванного, в том числе сверхкороткого, случая длительностью менее 3 дней включительно, с оплатой в размере 100 % стоимости соответствующей КСГ (с использованием дистанционных технологий);

«241» - для прерванного случая длительностью более 3 дней при выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии с оплатой 90% от стоимости соответствующей КСГ (с использованием дистанционных технологий);

«251» - для случая, прерванного по основаниям 2-4 пункта 2.2 Соглашения № 1/2026, и подлежащего оплате в размере 100% в составе двух КСГ по основаниям 2-9 пункта 2.2.8 Соглашения № 1/2026 (с использованием дистанционных технологий);

«31» – для прерванного случая длительностью более 3 дней при невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии с оплатой 50% от стоимости соответствующей КСГ (с использованием дистанционных технологий);

«41» – для сверхдлительной госпитализации (с использованием дистанционных технологий).

При условии применения коэффициента сложности лечения пациента (элемент «SL\_K»=1) элемент IDSL заполняется в соответствии с установленными значениями поля ID\_SL справочника V041.

В случае применения коэффициента сложности лечения пациента при проведении сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых «КСЛПсопроводКС» (элемент «IDSL»= sl015-sl017) по КСГ st19.084-st19.089, st19.094-st19.102, st19.125-st19.143 в обязательном порядке заполняется поле «CRIT» значением, соответствующим коду используемой схемы сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии со справочником V024.

При формировании реестров счетов на оплату стационарной медицинской помощи элемент «PROFIL\_K» заполняется в соответствии с установленными значениями территориального справочника T020.

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).

6.2. Основные аспекты формирования КСГ отражены в Инструкции по группировке случаев по КСГ в соответствии с приложением 4 к настоящим Правилам.

6.3. Процесс отнесения случая к КСГ регламентируется таблицами «Группировщик» и «Группировщик детальный» (таблицы идентичны, за исключением того, что «Группировщик детальный» содержит расшифровки кодов МКБ 10, Номенклатуры и КСГ), представленных в файле «Расшифровка групп КС» формата MS Excel, в соответствии с приложением 5 к настоящим Правилам.

6.4. При оказании медицинской помощи больным с острым мозговым нарушением кровообращения при заполнении элемента DS1 кодом МКБ-10 из группы «I» элемент PROFIL должен соответствовать профилю медицинской помощи «неврология».

6.5. В случае проведения процедур диализа пациенту, находящемуся на лечении в условиях круглосуточного стационара или в условиях дневного стационара в медицинской организации, в которой отсутствует возможность для проведения диализа (далее – МО-заказчик), оплата страховыми медицинскими организациями проведенных услуг диализа осуществляется на основании предъявленного на оплату медицинскими организациями-исполнителями (далее – МО-исполнитель) отдельного счета и реестра счета за счет уменьшения объема финансирования МО-заказчика после проведения медико-экономического контроля и при условии наличия подписанного акта сверки, подтверждающего сумму в реестре счета на оплату услуг диализа.

При этом счет и реестр счета направляемый на оплату МО-заказчиком включает случай оказания медицинской помощи в соответствии с КСГ, сформированной исходя из классификационных критериев по лечению основного заболевания, с учетом стоимости фактически выполненного количества услуг диализа.

В случае проведения диализа в условиях дневного стационара в количестве менее 13 услуг в течение календарного месяца, в связи с пропуском процедур в середине месяца по объективным причинам, оплата оказанной медицинской помощи разделяется на два случая лечения.

Первый случай лечения предъявляется к оплате за отчетный месяц и соответствует объему медицинской помощи за первый период месяца с учетом следующих особенностей:

а) размер оплаты по соответствующей КСГ для медицинской помощи в условиях дневного стационара определяется с учетом положений части II пункта 2.2 и подпункта 2 пункта 3.5.5 Соглашения № 1/2026:

- при длительности лечения 3 дня и менее – в размере 20 процентов от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – в размере 50 процентов от стоимости КСГ;

б) дополнительно к стоимости КСГ прибавляется стоимость услуг диализа с учетом их фактически выполненного количества в указанный период месяца.

Второй случай лечения предъявляется к оплате в следующем отчетном периоде, при этом:

а) дата начала законченного случая по КСГ соответствует дате начала второго периода текущего месяца, а дата окончания законченного случая по КСГ соответствует дате завершения лечения в следующем очередном месяце;

б) дополнительно к стоимости КСГ прибавляется стоимость услуг диализа, фактически выполненных во втором периоде текущего месяца и в очередном месяце.

При отсутствии оснований для отнесения случая к прерванному оплата осуществляется в размере 100% стоимости КСГ для оплаты услуг диализа.

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.

6.6. При включении в счет и реестр счета случаев проведения медицинской реабилитации в стационарных условиях обязательно заполнение элемента «CODE\_MES1» значением «1» – 1 этап медицинской реабилитации и «2» – 2 этап медицинской реабилитации, в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 г. № 788н.

6.7. В случае проведения МО-исполнителем отдельных медицинских услуг при оказании МО-заказчиком медицинской помощи в стационарных условиях лицам, застрахованным по ОМС на территории Камчатского края, МО-исполнитель направляет в адрес Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Камчатском крае предложения по внесению изменений в приложение 8.1 к Соглашению № 1/2026 в части установления тарифов на проведенные медицинские услуги с приложением обоснованных расчетов их стоимости.

Оплата страховыми медицинскими организациями проведенных МО-исполнителем отдельных медицинских услуг осуществляется после рассмотрения Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Камчатском крае вопроса об установлении тарифов на оплату указанных медицинских услуг на основании предъявленного на оплату МО-исполнителем отдельного счета и реестра счета за счет уменьшения объема финансирования МО-заказчика после проведения медико-экономического контроля и при условии наличия подписанного акта сверки, подтверждающего сумму в реестре счета на оплату медицинских услуг.

При этом счет и реестр счета направляемый на оплату МО-заказчиком включает случай оказания медицинской помощи в круглосуточном стационаре в соответствии с КСГ, сформированной исходя из классификационных критериев по лечению основного заболевания.

6.8. В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием)нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ-10, что и диагноз основного заболевания, и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации/лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.

6.9. При включении в счет и реестр счета случаев госпитализации маломобильных граждан в целях прохождения диспансеризации в круглосуточном стационаре указывается дополнительный классификационный критерий «disp\_mm», который может быть выбран только при условии соответствия возраста застрахованного лица (по году рождения) перечню медицинских услуг для соответствующей половозрастной группы в соответствии с приложением 2.6 к Соглашению № 1/2025. В дополнение к перечню медицинских услуг для соответствующей половозрастной группы в обязательном порядке должны быть проведены исследования, которые пациент не прошел ранее в сроки, рекомендованные порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – Порядок).

В сведениях об услуге в обязательном порядке заполняется элемент «CODE\_USL» кодами услуг в соответствии перечнем, установленным приложением 2.6 к Соглашению № 1/2026, для соответствующей половозрастной группы, элемент «TARIF – Тариф» не заполняется, значение элемента «SUMV\_USL – Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)» = 0.

Применение КСГ st36.049 допускается при условии выполнения маломобильным гражданам 100% от объема первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, предусмотренного Порядком для соответствующего пола и возраста, а также второго этапа (при наличии показаний).

При формировании реестра счета на оплату медицинской помощи в части госпитализации в условиях круглосуточного стационара по профилю «онкология» в случаях, когда схема химиотерапевтического лечения предусматривает интервал между циклами введения лекарственных препаратов, превышающий 2 недели, один цикл введения учитывается как 1 законченный случай лечения. В случаях, когда схема химиотерапевтического лечения предусматривает интервал между циклами введения лекарственных препаратов менее 2 недель, 1 законченный случай лечения формируется из нескольких циклов введения химиопрепаратов.

**7. Особенности формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара** (раздел 3.6 Соглашения № 1/2026).

При формировании реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара без использования дистанционных технологий, элемент «CODE\_MES2» должен соответствовать признаку длительности случая со значением:

«1» – для законченного случая (без использования дистанционных технологий),

«21» – для прерванного, в том числе сверхкороткого, случая длительностью менее 3 дней включительно, при невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии с оплатой 20% от стоимости соответствующей КСГ (без использования дистанционных технологий);

«22» – для сверхкороткого случая длительностью менее 3 дней включительно при выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии с оплатой 80% от стоимости соответствующей КСГ (без использования дистанционных технологий);

«23» – для прерванного, в том числе сверхкороткого, случая длительностью менее 3 дней включительно, с оплатой в размере 100 % стоимости соответствующей КСГ (без использования дистанционных технологий);

«24» - для прерванного случая длительностью более 3 дней при выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии с оплатой 90% от стоимости соответствующей КСГ (без использования дистанционных технологий);

«25» - для случая, прерванного по основаниям 2-4 пункта 2.2 Соглашения № 1/2026, и подлежащего оплате в размере 100% в составе двух КСГ по основаниям 2-9 пункта 2.2.8 Соглашения № 1/2026 (без использования дистанционных технологий);

«3» – для прерванного случая длительностью более 3 дней при невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии с оплатой 50% от стоимости соответствующей КСГ (без использования дистанционных технологий);

«4» – для сверхдлительной госпитализации (без использования дистанционных технологий).

При формировании реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара с использованием дистанционных технологий элемент «CODE\_MES2» должен соответствовать признаку длительности случая со значением:

«11» – для законченного случая (с использованием дистанционных технологий),

«211» – для прерванного, в том числе сверхкороткого, случая длительностью менее 3 дней включительно, при невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии с оплатой 20% от стоимости соответствующей КСГ (с использованием дистанционных технологий);

«221» – для сверхкороткого случая длительностью менее 3 дней включительно при выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии с оплатой 80% от стоимости соответствующей КСГ (с использованием дистанционных технологий);

«231» – для прерванного, в том числе сверхкороткого, случая длительностью менее 3 дней включительно, с оплатой в размере 100 % стоимости соответствующей КСГ (с использованием дистанционных технологий);

«241» - для прерванного случая длительностью более 3 дней при выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии с оплатой 90% от стоимости соответствующей КСГ (с использованием дистанционных технологий);

«251» - для случая, прерванного по основаниям 2-4 пункта 2.2 Соглашения № 1/2026, и подлежащего оплате в размере 100% в составе двух КСГ по основаниям 2-9 пункта 2.2.8 Соглашения № 1/2026 (с использованием дистанционных технологий);

«31» – для прерванного случая длительностью более 3 дней при невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии с оплатой 50% от стоимости соответствующей КСГ (с использованием дистанционных технологий);

«41» – для сверхдлительной госпитализации (с использованием дистанционных технологий).

При условии применения коэффициента сложности лечения пациента (элемент «SL\_K»=1) элемент IDSL в соответствии с установленными значениями поля IDSL справочника V041.

При формировании реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, элемент «PROFIL\_K» заполняется в соответствии с установленными значениями территориального справочника T020.

В случае применения коэффициента сложности лечения пациента при проведении сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых «КСЛПсопроводДС» (элемент «IDSL»= sl018-sl020) по КСГ ds19.058-ds19.062, ds19.067-ds19.078, ds19.097-ds19.115 в обязательном порядке заполняется поле «CRIT» значением, соответствующим коду используемой схемы сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии со справочником V024.

7.1. Для КСГ ds36.014-ds36.034, значение элемента «CODE\_MES2» = «21» либо «3» может устанавливаться только в случаях применения классификационного критерия «gsh028», «gsh029», «gsh030», «gsh031», «gsh068», «gsh069», «gsh100», «gsh101», «gsh107», «gsh108» в сочетании с длительностью лечения менее 30 дней.

Во всех остальных случаях для указанных КСГ устанавливается значение элемента «CODE\_MES2» = «1». Учитывая, что классификационным критерием формирования указанных КСГ «gsh001»–«gsh027», «gsh032»– «gsh067», «gsh070»–«gsh099», «gsh102»–«gsh106», «gsh109»–«gsh121» предусмотрено 1 введение препарата, соответствующее 1 дню лечения в дневном стационаре, тариф КСГ применяется в полном объеме при длительности лечения 1 день.

7.2. Процесс отнесения случая к КСГ регламентируется таблицами «Группировщик» и «Группировщик детальный» (таблицы идентичны, за исключением того, что «Группировщик детальный» содержит расшифровки кодов МКБ 10, Номенклатуры и КСГ), представленных в файле «Расшифровка групп ДС» формата MS Excel, в соответствии с приложением 6 к настоящим Правилам.

**8. Установить, что при формировании реестров счетов на оплату** **скорой медицинской помощи** (раздел 3.7 Соглашения № 1/2026):

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

8.1. Руководители медицинских организаций, расположенных в Петропавловск-Камчатском городском округе и Елизовском муниципальном районе, осуществляющих оказание медицинской помощи в стационарных условиях, в обязательном порядке организуют информационное взаимодействие со станциями скорой медицинской помощи по поводу идентификации граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, доставленных бригадами скорой медицинской помощи в состоянии, не позволяющем на момент госпитализации произвести их идентификацию (в форме № 114/у «Сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи и талон к нему» отсутствуют фамилия, имя, отчество).

Ежемесячно по состоянию на 01 и 15 число текущего месяца медицинская организация, оказывающая стационарную медицинскую помощь, направляет в электронном формате (EXCEL) и на бумажном носителе за подписью главного врача имеющиеся сведения об идентификации граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, доставленных бригадами скорой медицинской помощи в состоянии, не позволяющем на момент госпитализации произвести их идентификацию (приложение 7 к настоящим Правилам). В сведениях заполняется информация, которой располагает медицинская организация, оказывающая стационарную медицинскую помощь.

**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 № 1/2026) значение элемента «IDSP»=44.

После расчета индивидуального коэффициента соответствия (Кподуш) в электронной форме реестра в значении элемента «SUMV» по каждой строке отражается сумма с учетом Кподуш (сумма отражается с двумя знаками после запятой, без округления).

9.1. Случаи оказанной медицинской помощи, включенные в реестр по подушевому нормативу и отклоненные территориальным фондом ОМС Камчатского края после проведения медико-экономического контроля, дорабатываются в установленные законодательством сроки и подаются к оплате в общем счете по тарифам с учётом Кподуш. В электронной форме реестра счета в сведениях об услуге значение элемента «IDSP»=44.

9.3 При формировании реестров счетов на оплату амбулаторной медицинской помощи, оказанной в фельдшерско-акушерских пунктах (фельдшерских пунктах, фельдшерских здравпунктах) обязательно заполнение следующих элементов:

- «IDSP» = 31 или 44 (в соответствии с установленным приложением 1 к Соглашению № 1/2026 способом оплаты);

- «MOP» = 5-7 (в соответствии со справочником V040 «Классификатор мест обращений (посещений) (KMOP)».

Случаи оказанной медицинской помощи, включенные в реестр по нормативу финансирования ФП/ФАП и отклоненные после проведения медико-экономического контроля, дорабатываются в установленные законодательством сроки и подаются к оплате в общем счете по тарифам с учетом Кподуш. В данных случаях значение элемента «IDSP»=31 или «IDSP»=44 (в соответствии с установленным приложением 1 к Соглашению № 1/2026 способом оплаты).

После расчета индивидуального коэффициента соответствия (Кфп/фап) в электронной форме реестра в значении элемента «SUMV» по каждой строке отражается сумма с учетом Кфп/фап (сумма отражается с двумя знаками после запятой, без округления).

**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 № 1/2026.

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

3) 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.

4) 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.

5) 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.

6) 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.

7) при установленном диагнозе злокачественного новообразования в сведениях о случае заполняются сведения о проведении консилиума:

– значение элемента «DT\_CONS – Дата проведения консилиума» заполняется только той медицинской организацией, в которой был проведен консилиум. Консилиумом врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов устанавливается тактика медицинского обследования и лечения, с привлечением при необходимости других врачей-специалистов. Решение консилиума врачей оформляется протоколом, подписывается участниками консилиума врачей и вносится в медицинскую документацию больного;

– в случаях, когда в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь пациенту с установленным диагнозом злокачественного новообразования, консилиум не проводился, значение элемента «PR\_CONS – Цель проведения консилиума» = 0;

8) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в части диспансерного наблюдения: в сведениях о законченном случае «USL\_OK»=3, в сведениях о случае «P\_CEL» = 1.3, «DN» = {1, 2, 4, 6}.

10.1. В целях реализации п.7.5 формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию утвердить расширенные требования к структуре и формату файлов для информационного обмена сведениями о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования, в части сведений о результатах проведенных страховой медицинской организацией медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи в соответствии с приложением 8 к настоящим Правилам.

Установить, что:

1. файлы информационного обмена сведениями о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования (далее – файлы информационного обмена), в части сведений о результатах проведенных страховой медицинской организацией медико-экономических экспертиз (далее – МЭЭ) и экспертиз качества медицинской помощи (далее – ЭКМП) направляются страховой медицинской организацией один раз в месяц до 5-го числа месяца следующего за отчетным;
2. файлы информационного обмена включают сведения о результатах МЭЭ и ЭКМП, оформленных впервые в отчетном месяце, либо результатах МЭЭ и ЭКМП, уточненных в отчетном месяце после урегулирования разногласий с медицинской организацией. При этом в файлы информационного обмена включаются сведения только о тех случаях медицинской помощи, по которым заполнены результаты соответствующих МЭЭ и ЭКМП. Сведения передаются обо всех результатах МЭЭ и ЭКМП, оформленных либо уточненных в отчетном месяце, независимо от факта выявления нарушений;
3. сведения о результатах экспертиз с признаком первичности передаваемых сведений = 0 (впервые) и с датой оформления заключения, соответствующей отчетному месяцу, включаются в файл за соответствующий отчетный месяц. Суммы финансовых санкций (отдельно - уменьшение оплаты/неоплата и отдельно -штрафы) отражаются в размерах, указанных в оформленном заключении;

при направлении сведений о результатах экспертиз с признаком первичности =1 (повторно) уточняются сведения о коде основания для отказа оплаты и сведения о суммах санкции и штрафа в соответствии с ответом СМО на протокол разногласий медицинской организации. Остальные сведения направляются без изменений.

10.2. Установить, что при формировании реестров счетов на оплату медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями при назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии с применением лекарственных препаратов, указанных в Приложении 9 к настоящим Правилам, для лечения отдельных нозологий, необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии).

Наличие ошибок на этапе медико-экономического контроля в части несоответствия сведений о проведении молекулярно-генетических исследований (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии) для лечения отдельных нозологий с назначенными схемами противоопухолевой лекарственной терапии с применением лекарственных препаратов, указанными в Приложении 9 к настоящим Правилам, является основанием для отбора данного случая на медико-экономическую экспертизу и по ее результатам, при необходимости, на экспертизу качества медицинской помощи.

**11**. **Установить, что при формировании реестра счёта на оплату медицинской помощи, оказанной ветеранам боевых действий, указанным в абзацах втором и третьем подпункта «в» пункта 2 Указа Президента Российской Федерации от 3 апреля 2023 г. № 232 «О создании Государственного фонда поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества» (далее - участники специальной военной операции), учитываются следующие особенности:**

1) при формировании реестров-счетов в части случаев, включающих оказание медицинской помощи лицам из числа ветеранов боевых действий, сотрудником, ответственным за формирование реестров медицинской организации до проведения ФЛК в обязательном порядке производится сверка сведений о застрахованных лицах, которым была оказана медицинская помощь в отчетном периоде, со списками участников СВО на Едином информационном ресурсе территориального фонда (далее – ЕИР ТФОМС);

2) в блоке «Сведения о пациенте» элемент SOC «Социально-значимая категория лиц» в обязательном порядке заполняется значением: «035» –участники специальной военной операции (СВО), уволенные в запас (отставку) или «065» – члены семьи участников специальной военной операции (СВО); «813» – инвалид I группы участник специальной военной операции (СВО); «816» – инвалид I группы член семьи участника специальной военной операции (СВО).

12. Распространить действие настоящих Правил на правоотношения, возникшие при оказании медицинской помощи с 01.01.2026 года.