

Приложение 2
к Решению Комиссии по
разработке Территориальной
программы ОМС Свердловской
области
Протокол от 27.02.2023 № 3

**Изменения
в Правила кодирования медицинских услуг и применения тарифов на
оплату медицинской помощи по ОМС в 2023 году**

1. В разделе «Правила кодирования в амбулаторно-поликлинических условиях»:

подпункт 4 пункта 1 с 01.01.2023 изложить в следующей редакции:

4) Диспансеризация, профилактические осмотры и посещения центров здоровья взрослого и детского населения

Диспансеризация взрослого населения (далее – ДВН) (коды стандартов 7001, 7002, 7003, 7004, 7006, 7007, 7009, 7012, 7013, 7019, 7026, 7027, 7028, 7029, 7030, 7031, 7032, 7033, 7034, 7035, 7036, 7037, 7038, 7039, 7040, 7041, 7042, 7043, 7044, 7045, 7046, 7047, 7048, 7049, 7050, 7051, 7052, 7053, 7054, 7055, 7056, 7057, 7058, 7059, 7060, 7061);

профилактические медицинские осмотры взрослого населения (далее – ОПВ) (коды стандартов 6846, 6847, 6848, 6849, 6850, 6851, 6852, 6853, 6854, 6855, 6856, 6857, 6858, 6859, 6860, 6861);

диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (коды стандартов 6131, 6141, 6151, 6161, 6173, 6174, 6175, 6176, 6177, 6178, 6182);

диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (коды стандартов 6331, 6341, 6351, 6361, 6373, 6374, 6375, 6376, 6377, 6378, 6382);

профилактические осмотры несовершеннолетних (коды стандартов 6541, 6542, 6543, 6544, 6545, 6546, 6547, 6548, 6549, 6550, 6551, 6552, 6553, 6554, 6555, 6556, 6557, 6558, 6559, 6560, 6561, 6562, 6563, 6564, 6565, 6566, 6567, 6568, 6569, 6570, 6571, 6572, 6573, 6574, 6575, 6576);

углубленная диспансеризация взрослого населения (далее – УДВН) (коды стандартов 7062, 7063);

посещения центров здоровья детского и взрослого населения (коды стандартов 1941, 1942, 1944, 2941, 2942, 2944),

не включены в подушевой норматив финансирования и оплачиваются по тарифам посещений и услуг, указанных в Приложениях 13, 15 и 19 к Тарифному соглашению.

В целях контроля полноты исполнения стандартов и исключения дублирования оплаты услуг, выполненных одному застрахованному лицу в рамках разных стандартов: ДВН, УДВН, ОПВ, посещения Центра здоровья и диспансерного наблюдения, часть услуг может включаться в стандарт с тарифом «0» руб., для этого в реестрах счетов указывается соответствующий признак услуг:

- 1 - документированный отказ (отказ пациента),
- 2 - медицинские противопоказания,
- 4 - ранее проведенные услуги (проведены в период до начала стандарта),
- 6 - выполнено в другом стандарте (период оказания внутри стандарта).

При проведении осмотров врачом-стоматологом, врачом-стоматологом-детским без оказания стоматологической услуги по заболеванию или профилактических осмотров врачом-стоматологом, врачом-стоматологом-детским при массовых медицинских осмотрах (школы, детские сады, учебные заведения и др.) применяются коды стандартов для профилактических осмотров несовершеннолетних (6501, 6502, 6503, 6504, 6505, 6506, 6507, 6508, 6509, 6510, 6511, 6513, 6514, 6515, 6516, 6517, 6518, 6519, 6520, 6521, 6522, 6523), диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (6152, 6162, 6183, 6184, 6185, 6186, 6187, 6188) и диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (6352, 6362, 6883, 6384, 6385, 6386, 6387, 6388).

Услуга В01.003.004 «Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение)» включается в реестры только с услугами: А03.16.001 «Эзофагогастродуоденоскопия» и А03.18.001.999 «Колоноскопия (диспансеризация взрослого населения)», при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения.

При предъявлении услуг А09.19.001 «Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом» и А09.19.001.001 «Экспресс-исследование кала на скрытую кровь иммунохроматографическим методом» должно быть заполнено поле «Результат исследования» значением «положительный – 1» или «отрицательный – 0».

При проведении профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации обязательными услугами, по которым не допускается отказ пациента (признак «1 - документированный отказ»), являются:

- 1. анкетирование;
- 2. прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером;
- 3. маммография – для женщин от 40 лет до 75 лет 1 раз в 2 года;
- 4. исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом от 40 лет до 64 лет – 1 раз в 2 года;
- 5. осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-

гинекологом – для женщин;

6. взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки – для женщин от 18 лет до 64 лет 1 раз в 3 года;

7. определение простат-специфического антигена в крови – для мужчин в возрасте 45, 50, 55, 60, 64 года.

При невозможности проведения по медицинским показаниям цитологического исследования мазка с шейки матки в связи с экстирпацией матки, *virgo* и маммографии в связи с мастэктомией, в блоке USL заполняется поле NPL – «Неполный объем» значением «2 - медицинские противопоказания».

ОПВ и первый этап ДВН считаются выполненными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема ОПВ и первого этапа ДВН.

При этом если стандарт ДВН и ОПВ выполнен в объеме более 85 %, и ранее выполненные осмотры и услуги, а также отказы, составляют не более 15 %, то при формировании реестров счетов к основному случаю 1 этапа ДВН или ОПВ, включающему в себя посещения, услуги, оказанные медицинской организацией, и отказы, необходимо обязательно включить услугу 307 раздела.

В случае если число осмотров и услуг, выполненных ранее, а также отказов учитываемых при ДВН или ОПВ, превышает 15 % от объема ДВН или ОПВ, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем осмотров и услуг, выполненных в рамках ДВН или ОПВ, составляет 85% и более от объема ДВН или ОПВ, услугу 307 раздела включать не требуется, оплата производится по тарифам отдельных услуг.

При проведении ДВН, профилактических медицинских осмотров, посещений центров здоровья определенных групп взрослого и детского населения с использованием передвижного (мобильного) ФАП, мобильного лечебно-профилактического модуля, а также вне медицинской организации, в реестрах счетов необходимо заполнять поле VBR «Признак мобильной бригады» значением равным 1 – «да», в стандарте необходимо дополнительно выбрать одну из услуг:

- B04.069.999 «Оказание помощи с использованием мобильного лечебно-профилактического модуля», если помощь оказана с применением мобильного лечебно-профилактического модуля;

- B04.069.998 «Оказание помощи в передвижном (мобильном) ФАП» если помощь оказана с применением передвижного (мобильного) ФАП;

- B04.069.333 «Оказание помощи вне медицинской организации».

В случае проведения медицинской организацией ДВН или ОПВ в выходные дни (начало или конец случая приходится на субботу или воскресенье), к тарифу комплексного посещения или случая применяется коэффициент 1,03.

Маммография обеих молочных желез в двух проекциях в рамках ДВН проводится с двойным прочтением рентгенограмм, в реестры счетов необходимо включить услуги A06.20.004.99 «Маммография обеих молочных

желез в двух проекциях (диспансеризация взрослого населения)» и А06.30.002.999 «Повторное описание и интерпретация рентгенографических изображений маммографии обеих молочных желез в двух проекциях (диспансеризация взрослого населения)», при этом данные услуги должны выполняться разными врачами-рентгенологами.

В состав УДВН входят услуги:

Код услуги	Услуги 1 этапа	Обязательная, не допускается «ОТКАЗ» (+)
A12.09.005	Пульсоксиметрия	+
A12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков	+
B03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	+
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	+
A23.30.023	Проведение теста с физической нагрузкой с использованием эргометра*	
A09.05.051.001	Определение концентрации Д-димера в крови	
A06.09.007	Рентгенография легких	
B04.047.002/ B04.026.002/ B04.000.002	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта профилактический / Прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) профилактический / Прием (осмотр, консультация) фельдшера (акушерки) профилактический.	
Код	Услуги 2 этапа	Обязательная (+)
A04.10.002	Эхокардиография	
A06.09.005	Компьютерная томография органов грудной полости	
A04.12.006.002	Дуплексное сканирование вен нижних конечностей	

* услуга «A23.30.023 Проведение теста с физической нагрузкой с использованием эргометра» - данный код и наименование используется в связи с отсутствием полного совпадения услуги с кодом номенклатуры в приказе МЗ РФ от 13.10.2017 № 804н, применение эргометра не обязательно

В случае если УДВН проводится параллельно с ДВН или ОПВ, то прием врача-терапевта, врача общей практики (семейного врача), фельдшера (акушерки) включается в состав основного случая ДВН или ОПВ.

В случае если ДВН или УДВН или ОПВ или посещение Центра здоровья проводится параллельно с диспансерным наблюдением, то прием врача-терапевта, врача общей практики (семейного врача), фельдшера (акушерки) включается в состав стандарта диспансерного наблюдения по соответствующему тарифу, а в стандарте ДВН или УДВН или ОПВ или посещения Центра здоровья включается с тарифом «0» руб., для этого в реестрах счетов указывается признак «б - выполнено в другом стандарте».

При проведении ДВН или УДВН или ОПВ параллельно с диспансерным наблюдением допускается включение ранее выполненных услуг с соответствующими признаками:

4 - ранее проведенные услуги,

5 - оказано в другой МО (период оказания внутри стандарта),

6 - выполнено в другом стандарте (период оказания внутри стандарта).

Услуга «Биохимический анализ крови» включает в себя холестерин, ЛПНП, С-реактивный белок, АЛТ, АСТ, ЛДГ, креатинин и кодируется в реестрах счетов, как услуга B03.016.004 «Анализ крови биохимический общетерапевтический».

При включении в случай ДВН или ОПВ данных о ранее выполненных услугах (до начала ДВН или ОПВ) в «Сведениях об услуге» указывается дата начала (USL.DATE_IN) и окончания (USL.DATE_OUT) оказания услуги. В «Сведениях о случае» указывается дата начала лечения (SLUCH.DATE_1) без учета услуг, выполненных до начала ДВН или ОПВ. При этом дата начала оказания услуги (USL.DATE_IN) не может быть меньше даты начала лечения в «Сведениях о случае» (SLUCH.DATE_1) более чем на 12 месяцев (USL.DATE_IN <= (SLUCH.DATE_1 + 12 месяцев)).

Медицинские организации могут предъявлять случаи диспансеризации или профилактических осмотров взрослого и детского населения вне зависимости от того, к какой медицинской организации прикреплено застрахованное лицо, за исключением пациентов, застрахованных по ОМС в другом субъекте РФ (межтерриториальные расчеты). Случаи диспансеризации или профилактических осмотров взрослого и детского населения, застрахованных по ОМС в другом субъекте РФ, принимаются к оплате при наличии прикрепления к данной МО, скан прикрепления прилагается к реестру счета.

Случаи диспансеризации и профилактических осмотров взрослого и детского населения (1 этап, 2 этап), проводятся в установленные сроки в течение одного календарного года, в одной медицинской организации и предъявляются только один раз в календарном году.

ввести с 01.01.2023 подпункт 9 пункта 1 «Диспансерное наблюдение взрослых»

9) Диспансерное наблюдение взрослых

Включение случаев диспансерного наблюдения взрослых в реестры счетов и оплата за рамками подушевого норматива финансирования осуществляется в составе стандартов по тарифам, указанным в Приложении 17 к Тарифному соглашению, на основании:

- приказа Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»;
- приказа Минздрава России от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями»;
- письма Минздрава Свердловской области от 29.12.2022 № 03-01-82/27246 «О направлении чек-листов».

Диспансерное наблюдение осуществляется медицинской организацией, оказывающей первичную медико-санитарную помощь по месту прикрепления

застрахованного лица (далее – МО прикрепления), а при невозможности – в межмуниципальном центре или МО 3 уровня в соответствии с маршрутизацией, установленной приказом Минздрава Свердловской области от 28.08.2019 № 1664-п.

Для оплаты случая диспансерного наблюдения пациент должен быть включен в списки застрахованных лиц, подлежащих диспансерному наблюдению, предоставляемых МО в ТФОМС в соответствии с п.п. 254, 255 Правил ОМС, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н, с соответствующей группой заболеваний.

Код заболевания по МКБ-10 случая диспансерного наблюдения должен соответствовать заболеванию, указанному в списке застрахованных лиц, подлежащих диспансерному наблюдению.

Код стандарта диспансерного наблюдения сформирован с учетом:

- кода специальности врача в соответствии с федеральным справочником кодов медицинских специальностей;

- кода вида стандарта;

- порядкового номера стандарта внутри специальности.

Стандарты включают в себя:

- перечень обязательных медицинских услуг;

- перечень медицинских услуг, выполняемых по показаниям.

Для каждого стандарта предусмотрен свой объем услуг (минимальное и максимальное количество услуг).

В целях контроля полноты исполнения стандарта и исключения дублирования оплаты услуг, выполненных одному застрахованному лицу в рамках разных стандартов: диспансерного наблюдения, ДВН, УДВН, профилактического медицинского осмотра, посещения Центра здоровья, часть услуг может включаться в стандарт с тарифом «0» руб., для этого в реестрах счетов указывается соответствующий признак услуг:

- 1 - документированный отказ (отказ пациента),

- 2 - медицинские противопоказания,

- 4 - ранее проведенные услуги (диагностические исследования (раздел 301 НСИ) проведены в период до начала стандарта),

- 5 - оказано в другой МО (период оказания внутри стандарта),

- 6 - выполнено в другом стандарте (период оказания внутри стандарта).

Для учета диспансерного наблюдения предусмотрено три вида стандартов:

- «Полный стандарт» (код вида стандарта 1);

- «Диагностический стандарт» (код вида стандарта 2);

- «Направление на диспансерное наблюдение» (код вида стандарта 3).

Полный стандарт допускается предъявлять на оплату до 4 раз в год (не чаще чем один раз в течение 92 дней), в том числе в разных МО.

Стандарт 25-1-1-7 «Диспансерное наблюдение Кардиология: Миокардит с проведением иммуносупрессивной терапии» допускается предъявлять на оплату до 12 раз в год (не чаще чем один раз в течение 30 дней).

«Полный стандарт» может применяться МО прикрепления или межмуниципальным медицинским центром (ММЦ) или МО 3 уровня в следующих случаях:

- при проведении в МО консультации профильного врача-специалиста и полного набора инструментальных и лабораторных исследований, включенных в соответствующий стандарт;
- при отсутствии в МО профильного врача-специалиста, при выполнении всей диагностики, в состав случая включается консультация профильного специалиста с признаком «5 - оказано в другой МО» и услуга А23.30.099.006 «Обращение за телемедицинской консультацией»;
- при отсутствии в МО возможности выполнить полный объем диагностики, при наличии профильного врача-специалиста, указываются все проведенные консультации и услуги, а также диагностические услуги, выполненные по направлению в другой МО, с признаком «5 - оказано в другой МО»;
- при отсутствии в МО возможности выполнить полный объем диагностики и при отсутствии профильного врача-специалиста указываются все проведенные услуги, а также консультации и диагностические услуги, выполненные по направлению в другой МО, с признаком «5 - оказано в другой МО» и услуга А23.30.099.006 «Обращение за телемедицинской консультацией».

При невозможности в одной МО провести консультацию профильного врача-специалиста или организовать проведение телемедицинской консультации, Полный стандарт диспансерного наблюдения не применяется.

«Диагностический стандарт» в рамках диспансерного наблюдения может применяться МО прикрепления или межмуниципальным медицинским центром (далее – ММЦ) и/или МО 3 уровня для оплаты набора инструментальных и лабораторных исследований, включенных в соответствующий стандарт. При предъявлении Диагностического стандарта МО не по месту прикрепления, обязательно наличие направления. Любой диагностический стандарт должен иметь продолжение в другой МО: все услуги Диагностического стандарта должны войти в состав Полного стандарта в качестве услуг с признаком «5 - оказано в другой МО». Указанное будет контролироваться на этапе экспертных мероприятий.

Стандарт «Направление на диспансерное наблюдение» применяется только МО прикрепления в случае выдачи лечащим врачом/фельдшером направления в ММЦ и/или МО 3 уровня. Дополнительно к стандарту «Направление на диспансерное наблюдение» может применяться Диагностический стандарт – для случаев, когда в МО невозможно провести консультацию профильного врача-специалиста или организовать обращение за телемедицинской консультацией и выдано направление в ММЦ или МО 3 уровня.

После стандарта «Направление на диспансерное наблюдение» в отношении застрахованного лица в течение 92 дней в другой МО должен быть

сформирован Полный стандарт. Указанное будет контролироваться на этапе экспертных мероприятий.

При проведении диспансерного наблюдения услугами, по которым не допускается отказ пациента (1 - документированный отказ), являются услуги, перечисленные в Порядке проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденном приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н.

Медицинские организации могут предъявлять случаи диспансерного наблюдения вне зависимости от того, к какой медицинской организации прикреплено застрахованное лицо, за исключением пациентов, застрахованных по ОМС в другом субъекте РФ (межтерриториальные расчеты). Случаи диспансерного наблюдения застрахованных по ОМС в другом субъекте РФ принимаются к оплате при наличии прикрепления к данной МО, скан прикрепления прилагается к реестру счета.

с 01.03.2023 предпоследний абзац пункта 2 дополнить текстом:

A16.18.019.001 «Удаление полипа толстой кишки эндоскопическое»

с 01.03.2023 дополнить пункт 2 текстом:

Услуга A16.18.019.001 «Удаление полипа толстой кишки эндоскопическое» в составе стандарта 1706 «Эндоскопические диагностические исследования» (раздел 301) проводится методом холодной петлевой резекции с использованием одноразовой эндоскопической петли и возможна для предъявления в реестры счетов медицинским организациям, указанным в приложении к письму Минздрава Свердловской области №03-01-82/2700 от 10.02.2023 при соблюдении установленных главным внештатным специалистом Минздрава Свердловской области по эндоскопии условий:

- проведение в отделении/кабинете эндоскопии;
- наличие средств для остановки кровотечения (блок электрохирургический высокочастотный (ЭХВЧ), клипапplikатор, инъектор);
- наличие профильного отделения и РАО в МО, выполняющего данную услугу;
- обязательно проведение гистологического исследования удаленного материала (полипа).

Дополнительными критериями проведения данной услуги являются:

- отсутствие у пациента сопутствующих заболеваний;
- отсутствие у пациента антикоагулянтной терапии;
- выполнение пациенту необходимых обследований (ОАК, ЭКГ, коагулограмма).

Одновременное включение в реестры счетов услуг A03.18.001 «Колоноскопия» и A16.18.019.001 «Удаление полипа толстой кишки эндоскопическое» не допускается.