

ПОРЯДОК

применения способов оплаты специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях стационара с особенностями формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи

1. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара и порядок определения уровней структурных подразделений медицинских организаций

1.1. В медицинских организациях 1-го уровня, оказывающих первичную медико-санитарную и/или специализированную (за исключением высокотехнологичной) помощь населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) структурным подразделениям (отделениям) присвоен 1-й уровень.

1.2. В медицинских организациях 2-го уровня, структурным подразделениям (филиалы, отделения), располагающимся в сельской местности и оказывающие первичную медико-санитарную и/или специализированную (за исключением высокотехнологичной) помощь населению в пределах муниципального образования – присвоен 1 уровень.

1.3. В медицинских организациях 2-го и 3-го уровней, территориально располагающихся в городах, кроме районных и центральных районных больниц, отделениям терапевтического, инфекционного и гинекологического профиля, в которых не оказывается высокотехнологичная медицинская помощь, оказывающих медицинскую помощь населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа), структурным подразделениям присвоен 1 уровень.

1.4. В медицинских организациях 2-го и 3-го уровней, оказывающих первичную медико-санитарную и/или специализированную (за исключением высокотехнологичной) помощь населению нескольких муниципальных образований (межмуниципальные центры), структурным подразделениям присвоен 2-й уровень.

1.5. В медицинских организациях 3-го уровня структурным подразделениям, оказывающих, по программе обязательного медицинского страхования высокотехнологичную медицинскую помощь, присвоен 3-й уровень.

1.6. Перечень и уровень структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, содержится в **приложении 13** к настоящему Тарифному соглашению.

2. Основные подходы к группировке случаев при оплате медицинской помощи по КСГ

2.1. Отнесение случаев лечения к группе КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов (классификационных критериев):

а. Диагноз (код по МКБ 10);

б. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н), а также, при необходимости,

конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий), при наличии;

с. Схема лекарственного лечения;

d. МНН лекарственного препарата;

е. Возрастная категория пациента;

f. Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ 10);

g. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации;

h. Длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);

i. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

j. Пол;

к. Показания к применению лекарственного препарата;

l. Длительность лечения;

m. Объем послеоперационных грыж брюшной стенки;

l. Степень тяжести заболевания.

2.2. При отнесении случая оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара к определенной КСГ необходимо руководствоваться:

- Инструкцией по группировке случаев;

- Расшифровкой групп для медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара (Приложение к Инструкции по группировке случаев – файл «2022_Расшифровка групп КС» в формате MS Excel).

3. Расчет стоимости законченного случая лечения

3.1. Стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ (Скс), определяется по следующей формуле:

$$\text{Скс} = \text{БСкс} \times \text{КД} \times (\text{КЗкс} \times \text{ПК} + \text{КСЛПкс}), \text{ где:}$$

БСкс – базовая ставка финансирования медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, оплачиваемой по системе КСГ в рамках территориальной программы ОМС (средняя стоимость законченного случая лечения), рублей, приведена в **пункте 1 Части 3 Раздела III Тарифного соглашения** без учета КД, который является единым для всей территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (КД – коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»). Значение КД на 2022 год – 1,754.

КЗкс – коэффициент относительной затроемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения, отражает отношение уровня затрат случая к базовой ставке в условиях круглосуточного стационара (коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне), перечень коэффициентов приведен в **приложении 24** к настоящему Тарифному соглашению.

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ (интегрированный коэффициент, устанавливаемый на региональном уровне).

КСЛПкс – коэффициент сложности лечения пациента, установлен для случаев и в размере согласно **приложению 27** к настоящему Тарифному соглашению.

В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких КСЛПкс, итоговое значение КСЛПкс рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛПкс.

При отсутствии оснований применения КСЛПкс значение параметра КСЛПкс при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

Корректировка базовой ставки возможна в случае значительных отклонений фактических значений от расчетных не чаще одного раза в квартал.

Размер средней стоимости законченного случая лечения (БСкс) рассчитывается по формуле:

$$БСкс = \frac{ОСкс - Ослп}{Ч_{сл} \times СПК \times КД}, \text{ где}$$

ОСкс – объем средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара и оплачиваемой по КСГ;

Чсл – общее плановое количество случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ;

СПК – средний поправочный коэффициент оплаты по КСГ;

Ослп – сумма, характеризующая вклад коэффициента сложности лечения пациента в стоимость законченного (прерванного) случая лечения заболевания.

СПК рассчитывается по формуле:

$$СПК = \frac{\sum (КЗ_i \times ПК_i \times КД_i \times Ч_{сл}^i)}{Ч_{сл}}$$

Ослп рассчитывается по формуле:

$$Ослп = \sum \left(С_{ксг} - \frac{С_{ксг}}{КСЛП_i} \right),$$

Сксг – стоимость i-го случая лечения, оплаченного по КСГ (с учетом применения КСЛП в 2021 году);

КСЛП_i – размер КСЛП, применяемый при оплате i-го случая оказания медицинской помощи в 2021 году.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты, установленных в субъекте Российской Федерации, по следующей формуле:

$$ПК = КСкс \times КУСкс, \text{ где:}$$

КСкс – коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, перечень КСдс приведен в **приложении 24** к настоящему Тарифному соглашению.

КУСкс – коэффициент уровня структурного подразделения медицинской организации, в которой был пролечен пациент в условиях круглосуточного стационара, установлен **приложением 26** к настоящему Тарифному соглашению. Коэффициент уровня структурного подразделения медицинской организации отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований на различных уровнях, а также учитывает оказание медицинских услуг с применением телемедицинских технологий. Структурным подразделениям медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий, установлен подуровень с более высоким коэффициентом КУСкс.

Перечень КСГ, для которых не применяется коэффициент уровня структурного подразделения медицинской организации, приведен в **приложении 24** к настоящему Тарифному соглашению.

Размер коэффициента приведения при оплате специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара рассчитывается по следующей формуле:

$$КПкс = \frac{БСкс}{НФЗкс} = 0,65, \text{ где}$$

КПкс – коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к базовой ставке, исключаяющей влияние применяемых

коэффициентов относительной затратоемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации и коэффициента сложности лечения пациентов, принимающий значения не ниже 65% от значения норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в условиях круглосуточного стационара, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования (далее – коэффициент приведения при оплате специализированной медицинской помощи);

НФЗкс – средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, рублей.

3.1 Особенности оплаты случаев лечения по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$\text{Скс} = \text{БСкс} \times \text{КЗкс} \times ((1 - \text{Дзп}) + \text{Дзп} \times \text{ПК} \times \text{КД}) + \text{БСкс} \times \text{КД} \times \text{КСЛПкс}, \text{ где:}$$

Дзп – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливаемое на федеральном уровне значение, к которому применяется КД), значения доли приведены в **приложении 24** к настоящему Тарифному соглашению.

НФЗкс – средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, рублей;

4. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара

4.1. Оплата прерванных случаев лечения, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, производится в размере:

- 80 % от стоимости КСГ, если пациенту выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ;

- 50 % от стоимости КСГ, в случае если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось.

4.1.1. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи, завершённые переводом пациента в другую медицинскую организацию (значение «102» классификатора результатов обращения за медицинской помощью V009), преждевременной выпиской пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения (значение «107»), летальным исходом (значение «105»), при которых длительность госпитализации составляет более 3 дней, производится в размере:

- 100 % от стоимости КСГ, если пациенту выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ;

- 80 % от стоимости КСГ, в случае если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось.

4.2. Исключением являются случаи лечения, относящиеся к КСГ, оплата по которым производится в полном объеме (100%) независимо от длительности лечения.

4.3. Перечень размеров оплаты прерванных случаев лечения по КСГ указаны в **приложении 24** к настоящему Тарифному соглашению.

4.5. Оплата прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях в случае, если фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

В случае, если фактическое количество дней введения, меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

5. Оплата по двум КСГ в рамках одного пролеченного случая

5.1. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара, а также в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и из дневного стационара в круглосуточный, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с настоящим Тарифным соглашением. Такие случаи лечения подлежат обязательной экспертизе. В случае, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

5.2. Оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение» или st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение» возможна при дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности и пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

5.2.1. При этом оплата по двум КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10:

O14.1 Тяжелая преэклампсия.

O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери.

O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери.

O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери.

O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

5.3. Оплата по двум КСГ осуществляется также в следующих случаях лечения в одной медицинской организации в рамках круглосуточного стационара по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ:

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

- оказание медицинской помощи в случаях, связанных с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

- случаи лекарственной терапии со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей (при длительности «первого» случая не менее 30 дней или перерыв между госпитализациями составляет более 1 дня);

- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

- проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания.

5.4. При этом если один из случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с настоящим порядком.

5.5. По каждому случаю оплаты двух КСГ должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

6. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа в рамках круглосуточного стационара

6.1. При оказании пациенту медицинской помощи в условиях стационара с одновременным проведением услуг диализа, оплата медицинской помощи осуществляется по тарифу соответствующей КСГ в рамках одного случая лечения и дополнительно за фактически выполненные услуги диализа по тарифам, **приложение 29** к настоящему Тарифному соглашению.

6.2. К тарифам на услуги диализа не применяются поправочные коэффициенты.

7. Особенности формирования и оплаты случаев медицинской помощи по КСГ

7.1. При расчете фактической длительности госпитализации в стационарных условиях день поступления в стационар и день выписки из стационара считаются одним днем. Период лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии входит в фактическую длительность госпитализации.

7.1.1. В случае лечения, начавшегося и закончившегося в один и тот же день, фактическая длительность госпитализации учитывается как 1 день.

7.1.2. Оплата случаев оказания медицинской помощи пациентам в приемных отделениях стационаров, не завершившихся госпитализацией, осуществляется по тарифам посещения врача, соответствующей специальности и/или по тарифам медицинских услуг.

7.2. В стационарных условиях в стоимость КСГ по профилю "Акушерство и гинекология", предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в медицинской организации, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного в медицинской организации в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты по КСГ по профилю "Неонатология". Если в ходе оказания медицинской помощи роженице выполнялась операция, входящая в st02.012 или st02.013 (операции на женских половых органах уровней 3 и 4), например, субтотальная или тотальная гистерэктомия, отнесение случая производится к КСГ по коду операции.

7.3. Формирование КСГ для случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода МКБ 10, кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и для большинства групп с учетом количества дней проведения лучевой терапии (фракций).

7.3.1. Отнесение к КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией осуществляется по коду МКБ 10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, количества дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов.

7.3.2. КСГ для случаев лекарственной терапии в онкологии формируются на основании кода МКБ 10 и схемы лекарственной терапии. В расчете стоимости КСГ случаев лекарственной терапии учтены в том числе нагрузочные дозы в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделены), а также учтена сопутствующая терапия для коррекции нежелательных явлений (например, противорвотные препараты, препараты, влияющие на структуру и минерализацию костей и др.).

7.3.3. При снижении дозы химиотерапевтических препаратов и/или изменении дней введения (увеличение интервала между введениями) по сравнению с указанными в справочнике «Схемы лекарственной терапии» кодируется схема, указанная в группировщике, при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации:

- снижение дозы произведено в соответствии с инструкцией к химиотерапевтическому препарату в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;
- изменение дней введения (увеличение интервала между введениями) произведено в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

При соблюдении вышеуказанных условий снижение дозы и/или увеличение интервала между введениями оплачивается по коду основной схемы лекарственной терапии.

7.3.4. Отнесение случаев к КСГ st08.001-st08.003, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у детей, производится на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С», кодов Номенклатуры и возраста – менее 18 лет. Отнесение к указанным КСГ производится по коду Номенклатуры – A25.30.014 Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у детей.

7.3.5. При оплате случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей применяются КСГ st19.090-st19.102, критериями отнесения к которым являются сочетания кода МКБ 10 (коды C81-C96, D45-D47), кода длительности госпитализации, а также, при наличии, кода МНН или АТХ группы применяемых лекарственных препаратов. Подробное описание группировки случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей приведено в Инструкции по группировке случаев.

7.3.6. Учитывая, что при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей в ряде случаев длительность госпитализации может значительно превышать 30 дней, предполагается ежемесячная подача счетов на оплату, начиная с 30 дней с даты госпитализации. Для каждого случая, предъявляемого к оплате, отнесение к КСГ осуществляется на основании критериев за период, для которого формируется счет.

Если между последовательными госпитализациями перерыв составляет 1 день и более, то к оплате подаются 2 случая. При этом не допускается предъявление к оплате нескольких случаев в течение 30 дней, если перерыв между госпитализациями составлял менее 1 дня (дата начала следующей госпитализации следовала сразу за датой выписки после предыдущей госпитализации). Также не допускается сочетание в рамках одного случая госпитализации и/или одного периода лечения оплаты по КСГ и по нормативу финансовых затрат на случай оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

7.3.7. Для случаев лечения лучевых повреждений в условиях круглосуточного стационара применяется КСГ st19.103 «Лучевые повреждения», которая формируется на основании сочетания кода МКБ 10, соответствующего лучевым повреждениям, дополнительного кода С., а также иного классификационного критерия «olt», отражающего состояние после перенесенной лучевой терапии.

7.3.8. В случае если злокачественное новообразование выявлено в результате госпитализации с целью оперативного лечения по поводу неонкологического заболевания (доброкачественное новообразование, кишечная непроходимость и др.) отнесение к КСГ и оплата осуществляются в соответствии с классификационными критериями по коду медицинской услуги без учета кода диагноза злокачественного новообразования.

7.3.9. Отнесение к КСГ st36.012 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения» производится, если диагноз относится к классу С, при этом больному не оказывалось услуг, являющихся классификационным критерием (химиотерапии, лучевой терапии, хирургического вмешательства). Данная группа может применяться в случае необходимости проведения поддерживающей терапии и симптоматического лечения.

7.3.10. КСГ st19.037 «Фебрильная нейтропения, агранулоцитоз вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)» применяется в случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз является основным поводом для госпитализации. В случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз развивается у больного, госпитализированного с целью проведения специального противоопухолевого лечения, оплата производится по КСГ с наибольшим размером оплаты.

7.3.11. Применение услуги A07.23.001 «Дистанционная лучевая терапия при поражении центральной нервной системы и головного мозга» на установке стереотаксической радиохирургии «Гамма-нож» с учётом, что один сеанс на установке «Гамма-нож» соответствует семи фракциям дистанционной гамма-терапии».

7.4. Для КСГ st37.001-st37.013, st37.021-st37.023 критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ). Медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара пациент получает при оценке 4-5-6 по ШРМ. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях круглосуточного стационара в соответствии с

установленной маршрутизацией. Состояние пациента по ШРМ оценивается при поступлении в круглосуточный стационар по максимально выраженному признаку, применима как для взрослых, так и детей. Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ) представлена в порядке организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденном приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н.

7.4.1. Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара.

7.4.2. Отнесение к КСГ «Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации» (КСГ st37.015) осуществляется по коду медицинской услуги B05.028.001 «Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями органа слуха» или B05.046.001 «Слухо-речевая реабилитация глухих детей с кохлеарным имплантом» в сочетании с двумя классификационными критериями: возраст до 18 лет (код 5) и код классификационного критерия «gbs».

7.4.3. Классификационный критерий «gbs» означает обязательное сочетание 2-х медицинских услуг: B05.069.005 «Разработка индивидуальной программы дефектологической реабилитации», B05.069.006 «Разработка индивидуальной программы логопедической реабилитации».

7.4.4. КСГ st37.019 «Медицинская реабилитация после онкоортопедических операций» и st37.020 «Медицинская реабилитация по поводу постмастэктомического синдрома в онкологии» формируются по соответствующему коду МКБ 10 в сочетании с медицинской услугой B05.027.001 «Услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего операцию по поводу онкологического заболевания».

7.4.5. КСГ st37.021- st37.023 для случаев медицинской реабилитации пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию COVID-19, формируются по коду иного классификационного критерия «rb3cov»–«rb5cov», отражающего признак перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19, а также оценку по ШРМ (3-5 баллов соответственно).

7.5. КСГ st29.007 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)» формируется по коду иного классификационного критерия «plt», отражающего наличие травмы в двух и более анатомических областях (голова/шея, позвоночник, грудная клетка, живот, таз, конечности), множественную травму и травму в нескольких областях тела, и коду МКБ 10 дополнительного диагноза, характеризующего тяжесть состояния. Подробное описание группировки случаев лечения тяжелой множественной и сочетанной травмы (политравмы) приведено в Инструкции по группировке случаев.

7.6. Отнесение к КСГ, применяемым для оплаты случаев лечения сепсиса (st12.005, st12.006, st12.007) осуществляется по сочетанию кода диагноза МКБ 10 и возрастной категории пациента и/или иного классификационного критерия «it1». При кодировании случаев лечения сепсиса соответствующий диагноз необходимо указывать либо в поле «Основной диагноз», либо в поле «Диагноз осложнения». При этом отнесение к указанным КСГ с учетом возрастной категории и/или критерия «it1» сохраняется вне зависимости от того, в каком поле указан код диагноза.

Отнесение случаев лечения пациентов с органной дисфункцией к КСГ st04.006 «Панкреатит с синдромом органной дисфункции», КСГ st12.013 «Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции», КСГ st27.013 «Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции» и КСГ st33.008 «Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции» осуществляется с учетом в том числе дополнительного классификационного критерия – «оценка состояния пациента» с кодом «it1». При этом необходимыми условиями кодирования случаев лечения пациентов с органной дисфункцией являются:

1. Непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 72 часов и более;

2. Оценка по Шкале органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), – не менее 5 или оценка по шкале оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA) не менее 4.

7.6.1. Для кодирования признака «it1» должны выполняться одновременно оба условия. За основу берется оценка по шкале SOFA или pSOFA (для лиц младше 18 лет) в наиболее критическом за период госпитализации состоянии пациента. Оценка состояния пациента по шкале SOFA осуществляется на основе оценки дисфункции шести органных систем (дыхательная, коагуляционная, печеночная, сердечно-сосудистая, неврологическая, почечная). Оценка каждого параметра в 0 баллов соответствует легкой дисфункции, оценка в 4 балла соответствует тяжелой недостаточности. Градации оценок по шкале SOFA приведена в Инструкции по группировке случаев.

7.7. Отнесение к КСГ st36.008 «Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении» по коду МКБ-10 (основное заболевание) и коду дополнительного классификационного критерия «it2», означающего непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 480 часов и более.

7.8. Отнесение к КСГ st36.003.1- st36.003.6 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1-6)» осуществляется по коду МКБ 10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и МНН лекарственных препаратов.

7.9. Оплата случаев лечения по поводу эпилепсии в круглосуточном стационаре осуществляется по четырем КСГ профиля «Неврология», при этом КСГ st15.005.1 «Эпилепсия, судороги (уровень 1.1)» формируется только по коду диагноза по МКБ 10, а КСГ st15.005.2, st15.018, st15.019 и st15.020 формируются по сочетанию кода диагноза и иного классификационного критерия «er0», «er1», «er2» или «er3» соответственно, с учетом объема проведенных лечебно-диагностических мероприятий.

7.10. В медицинских организациях 1-го уровня, оказывающих первичную медико-санитарную и/или специализированную (за исключением высокотехнологичной) помощь населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) осуществляется оказание медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» за исключением проведения плановых случаев лечения по КСГ st02.004 «Кесарево сечение».

7.10.1. Пациентки с плановыми случаями лечения по КСГ st02.004 «Кесарево сечение» направляются в медицинские организации 2-го и 3-го уровня оказания перинатальной медицинской помощи в соответствии с приказами Минздрава России и Депздрава Югры.

7.10.2. В стоимость тарифа КСГ профиля «Акушерство и гинекология», применяемых при оплате случаев родоразрешения, включены расходы на тестирование для установления COVID-статуса всех новорожденных, рожденных от матерей с подозреваемым/подтвержденным инфицированием COVID-19. Забор материала для выполнения ПЦР производится из зева/ротоглотки (все новорожденные). У интубированных новорожденных для ПЦР производится дополнительный забор аспириата из трахеи и бронхов. Тесты проводятся двукратно, в первые часы после рождения и на третьи сутки жизни.

7.11. Оплата случаев лечения пациентов с COVID-19 в круглосуточном стационаре осуществляется в зависимости от тяжести заболевания, определяемого в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2020 № 198н «Временный порядок организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19».

7.11.1. Оплата лечения пациентов с COVID-19 в случае перевода пациента на долечивание осуществляется:

- в пределах одной медицинской организации – оплата в рамках одного случая оказания медицинской помощи (по КСГ с наибольшей стоимостью законченного случая лечения заболевания);

- в другую медицинскую организацию – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата законченного случая лечения после перевода осуществляется по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)» вне зависимости от длительности лечения (за исключением сверхдлительных случаев госпитализации).

- в амбулаторных условиях – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в соответствии с порядком, определенным тарифным соглашением.

8. Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту

8.1. При направлении в медицинскую организацию с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ 10 либо по коду Номенклатуры, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

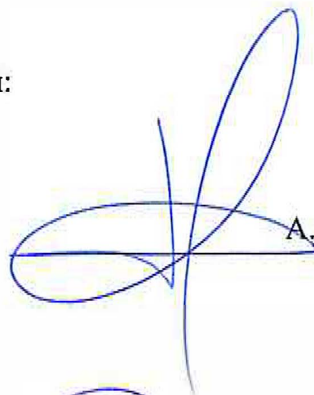
8.2. После оказания в медицинской организации высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по соответствующей КСГ.

8.3. Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень). В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

8.4. Указанные случаи применения двух и более тарифов (КСГ, ВМП) в период одной госпитализации подлежат обязательной медико-экономической экспертизе и, при необходимости, экспертизе качества медицинской помощи.

Подписи сторон:

Директор
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры



А.А. Добровольский

Директор
Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры



А.П. Фучежи

Директор
филиала ООО «Капитал МС»
в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре



И.Ю. Кузнецова

Директор
Ханты-Мансийского филиала
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»



О.А. Томин

Председатель
Ассоциации работников здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры



В.А. Гильванов

Председатель
Региональной организации Профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры



О.Г. Меньшикова