

ПОРЯДОК применения способов оплаты специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара с особенностями формирования реестров

1. Расчет стоимости законченного случая лечения

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневных стационаров всех типов содержится в приложении 2 к настоящему Соглашению.

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

$$\text{Сдс} = \text{БСдс} * \text{КЗдс} * \text{ПК} * \text{КД}, \text{ где}$$

БСдс – базовая ставка финансирования медицинской помощи в условиях дневного 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.

КЗдс – коэффициент относительной затроемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения, отражает отношение уровня затрат случая к базовой ставке в условиях дневного стационара (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне), перечень коэффициентов приведен в **Приложении 14** к настоящему Тарифному соглашению.

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

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». Размер КД приведен в **Приложении 21** к настоящему Тарифному соглашению.

ПК - Поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты, по следующей формуле:

$$\text{ПК} = \text{КУдс} \times \text{КУСдс} \times \text{КСЛПдс}, \text{ где:}$$

КУдс - управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения, установлен для конкретной КСГ и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи, перечень КУдс приведен в **Приложении 14** к настоящему Тарифному соглашению.

КУСдс - коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара структурного подразделения медицинской организации, в которой оказана медицинская помощь, установлен **приложением 21** к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень КСГ, для которых не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи, приведен в **приложении 14** к настоящему Тарифному соглашению.

КСЛПдс – коэффициент сложности лечения пациента, установлен для случаев и в размере согласно **приложению 17** к настоящему Тарифному соглашению.

2. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара

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

- 80 % от стоимости КСГ, если пациенту выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ;
- 25 % от стоимости КСГ, в случае если хирургическое лечение либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось (основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз МКБ 10 или сложные (комплексные) услуги по медицинской реабилитации).

Исключением являются случаи лечения, относящиеся к КСГ, оплата по которым производится в полном объеме (100%) независимо от длительности лечения, и случаи лечения по КСГ43 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ».

Перечень размеров оплаты по КСГ при длительности лечения менее 3-х дней включительно указаны в **приложении 14** к настоящему Тарифному соглашению.

В случае если длительность лечения при прерванном случае (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе) составила более 3-х дней, случай оплачивается в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

При отнесении случая оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара к определенной КСГ необходимо руководствоваться:

- Инструкцией по группировке случаев, в том числе правилами учета дополнительных классификационных критериев, приведенной в **приложении 23**;
- Расшифровкой групп для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра», Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной Приказом Минздрава России от 13.10.2017 N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг", и дополнительными классификационными критериями (Приложение к Инструкции по группировке случаев – файл «Расшифровка групп ДС» в формате MS Excel).

3. Оплата по двум КСГ в рамках одного пролеченного случая

В один срок лечения к оплате предъявляется не более одного случая клинико-статистической группы заболеваний, за исключением КСГ43 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ».

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, 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 установленными правилами. При этом случаи лечения подлежат обязательной экспертизе.

При переводе пациента из одного отделения в другое в пределах одной медицинской организации (одного юридического лица), а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Оплата по двум КСГ в рамках дневного стационара в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ, осуществляется при проведении медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение.

В дневных стационарах, учет фактического количества пациенто-дней осуществляется в следующем порядке:

- день поступления и день выписки считаются за два дня лечения, за исключением пребывания больного в дневном стационаре в течение одного календарного дня;
- при переводе больного из одного отделения дневного стационара в другое отделение дневного стационара, дата окончания лечения в одном отделении не должна соответствовать дате начала лечения в другом отделении;
- при переводе больного из круглосуточного стационара в дневной стационар дата госпитализации в дневной стационар не должна соответствовать дате выписки из круглосуточного стационара;

4. Особенности формирования и оплаты некоторых КСГ.

При оказании случаев медицинской помощи с применением вспомогательных репродуктивных технологий, процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение» (КСГ 5) оплата случая осуществляется с учетом КСЛП в зависимости от этапа, **Приложение 17** к настоящему Тарифному соглашению. Описание применения КСЛП в рамках проведения процедуры ЭКО приведено в Инструкции по группировке случаев, **Приложение 23** к Тарифному соглашению.

КСГ Лекарственная терапия при хронических вирусных гепатитах в дневном стационаре (КСГ 22-26) формируются по комбинации кода (двух кодов) МКБ 10 и кодов Номенклатуры. Коэффициент затратоемкости для вышеуказанных групп приведен в расчете на усредненные затраты на 1 месяц терапии. При этом длительность терапии определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи.

КСГ «Лучевая терапия (уровень 1)» (КСГ 46), «Лучевая терапия (уровень 2)» (КСГ 47), «Лучевая терапия (уровень 3)» (КСГ 48) оплачиваются в полном объеме в случае достижения полной дозы облучения, рассчитанной в соответствии с локализацией и другими характеристиками опухоли;

Отнесение случаев к группам Лекарственной терапии злокачественных новообразований в условиях дневного стационара (КСГ 54-61), охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у взрослых (кроме ЗНО кроветворной и лимфоидной ткани), осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» (C00-C80, C97) и кода схемы лекарственной терапии (sh001-sh267, sh901-902) (Приложение к Инструкции по группировке случаев). Особенности формирования законченного случая лечения по лекарственной терапии злокачественных новообразований (КСГ 54-61) подробно описаны в Инструкции по группировке случаев, **Приложение 23** к Тарифному соглашению.

Для КСГ №№ 123-130 критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ). Медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара пациент получает при оценке 2-3 по ШРМ. Состояние пациента по ШРМ оценивается при поступлении в дневной стационар, применима как для взрослых, так и детей. В случае, если состояние пациента описано набором утверждений, относящихся к разным статусам по ШРМ, выставляется оценка, соответствующая описанию, для которого выполняется большинство критериев. Градации оценки и описание Шкалы Реабилитационной Маршрутизации приведены в Инструкции по группировке случаев, Приложение 23 к Тарифному соглашению.»

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 легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

Оплата случаев лечения в условиях дневного стационара по профилю «Нефрология», особенности оплаты КСГ 43.

КСГ 43 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ» включает в себя затраты на лекарственные препараты для лечения и профилактики осложнений диализа (эритропоз стимулирующие препараты, препараты железа, фосфат связывающие вещества, кальцимитетики, препараты витамина Д и др.).

Законченный случай лечения в дневном стационаре по КСГ 43 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ» предъявляется к оплате за календарный месяц. Стоимость услуг диализа, с учетом количества фактически выполненных услуг, прибавляется в рамках одного случая лечения, по тарифам услуг, установленных в **Приложении 24** к настоящему Тарифному соглашению. В случае проведения 9 и более услуг диализа за отчетный месяц КСГ 43 подлежит оплате в размере 100%, от 5 до 8 услуг включительно – 50%, 4 и менее услуг – 25%.

Учитывая постоянный характер проводимого лечения, осуществляется ведение одной истории болезни стационарного больного в течение календарного года (в том числе и в случае ведения электронной истории болезни), несмотря на количество законченных случаев лечения по данной нозологии у конкретного пациента (с момента начала проведения диализа в текущем году до 31 декабря текущего года). За один отчетный месяц может быть предъявлено к оплате не более одного законченного случая лечения по КСГ43.

Пересечения сроков лечения в круглосуточном стационаре с периодом лечения в дневном стационаре по КСГ43 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ» допускается. В случае нахождения пациента в круглосуточном стационаре в период лечения в дневном стационаре по КСГ43 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ», случай по КСГ 41 должен быть завершён датой оказания последней услуги диализа в отчетном месяце. При этом предъявление к оплате законченного случая по КСГ 43 и услуг диализа осуществляется в соответствии с изложенными в настоящем пункте правилами.

5. Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту в условиях дневного стационара.

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.

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 КСГ, формируемой по коду МКБ 10.

6. Порядок определения уровней оказания медицинской помощи структурным подразделениям медицинских организаций в условиях дневного стационара

В медицинских организациях 1-го и 2-го уровней, оказывающих первичную медико-санитарную и/или специализированную (за исключением высокотехнологичной) помощь населению в условиях дневного стационара, структурным подразделениям присвоен уровень оказания медицинской помощи, соответствующий уровню медицинской организации.

В медицинских организациях 3-го уровня, оказывающих первичную медико-санитарную и/или специализированную (за исключением высокотехнологичной) помощь населению в условиях дневного стационара, структурным подразделениям присвоен 2-й уровень оказания медицинской помощи.

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

Подписи сторон:

Председатель комиссии,
Директор Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

А.А. Добровольский

Секретарь комиссии,
директор Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

А.П. Фучежи

Член комиссии,
заместитель директора
департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

В.А. Нигматулин

Член комиссии,
первый заместитель директора
Территориального фонда обязательного
медицинского страхования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

В.А. Смирнов


Член комиссии,
директор Югорского филиала
акционерного общества
«Страховая компания «СОГАЗ-Мед»

А.А. Данилов

Член комиссии,
директор Ханты-Мансийского филиала
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»


М.А. Соловей


Член комиссии,
президент НП «Ассоциация работников
здравоохранения Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры»


А.В. Кичигин


Член комиссии,
член НП «Ассоциация работников
здравоохранения Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры»


Е.Н. Иванникова

Член комиссии,
председатель окружной организации
профсоюза работников здравоохранения РФ


О.Г. Меньшикова

Член комиссии,
председатель Сургутской территориальной
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ


А.А. Суров