

ПОРЯДОК

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

1. Расчет стоимости законченного случая лечения

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях содержится в **приложении 2** к настоящему Тарифному соглашению.

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

$S_{кс} = B_{Скс} \cdot K_{Зкс} \cdot ПК \cdot КД$, где:

$B_{Скс}$ – базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи, 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.

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

$K_{Зкс}$ – коэффициент относительной затроемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне), перечень коэффициентов приведен в **Приложении 15** 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 22** к настоящему Тарифному соглашению.

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

$ПК = КУ_{кс} \times КУ_{Скс} \times КСЛП_{кс}$, где:

$КУ_{кс}$ - управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, устанавливается для конкретной КСГ и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи, перечень КСГ для которых установлен управленческий коэффициент, приведен в **приложении 15** к настоящему Тарифному соглашению.

КУСкс - коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара структурного подразделения медицинской организации, в которой оказана медицинская помощь, установлен **Приложением 22** к настоящему Тарифному соглашению.

КСЛПкс - коэффициент сложности лечения пациента, установлен для случаев и в размере согласно **Приложению 17** к настоящему Тарифному соглашению.

При сверхдлительных сроках госпитализации, обусловленных медицинскими показаниями, коэффициент определяется расчетным путем по формуле 6.

При сверхдлительных сроках госпитализации (более 30 дней/45 дней по отдельным КСГ), обусловленных медицинскими показаниями, оплата производится с применением коэффициента, учитывающего компенсацию расходов на медикаменты и расходные материалы в профильном отделении, на питание больного.

Значение КСЛПкс определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней по следующей формуле:

$$\text{КСЛПкс} = 1 + (\text{ФКД} - \text{НКД}) / \text{НКД} * \text{Кдл} \quad (6)$$

ФКД – фактическое количество койко-дней;

НКД – нормативное количество койко-дней (30 дней, за исключением КСГ, перечисленных в **Приложении 18** настоящего Тарифного Соглашения, для которых установлен срок 45 дней);

Кдл – коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание и частично на другие статьи расходов. Кдл установлен в размере - 0,25.

При применении в рамках одного случая лечения более одного КСЛПкс, суммарное значение КСЛПкс определяется по следующей формуле:

$$\text{КСЛПкс} = \text{КСЛПкс}_1 + (\text{КСЛПкс}_2 - 1) + (\text{КСЛПкс}_n - 1) \quad (7)$$

Значение КСЛПкс по одному законченному случаю лечения суммарно не может превышать уровень 1,8, за исключением случаев сверхдлительной госпитализации.

В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное значение КСЛПкс, исходя из длительности госпитализации, прибавляется без ограничения итогового значения.

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

Оплата прерванных случаев лечения, при которых длительность госпитализации 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;

- 50 % 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.

Перечень размеров оплаты по КСГ при длительности госпитализации менее 3-х дней включительно указаны в **Приложении 15** к настоящему Тарифному соглашению.

В случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (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 круглосуточного стационара к определенной КСГ необходимо руководствоваться:

- Инструкцией по группировке случаев, в том числе правилами учета дополнительных классификационных критериев, приведенной в **Приложении 23** к настоящему Тарифному соглашению;

- Расшифровкой групп для медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного 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 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг», и дополнительными классификационными критериями (Приложение к Инструкции по группировке случаев – файл «Расшифровка групп КС» в формате MS Excel).

3. Оплата по двум КСГ в рамках одного пролеченного случая

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 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.

При дородовой госпитализации в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением оплата по двум КСГ (2 «Осложнения, связанные с беременностью» и 4 «Родоразрешение» или 2 «Осложнения, связанные с беременностью» и 5 «Кесарево сечение») возможна в случае пребывания в отделение патологии беременности в течение 6 дней и более (с даты госпитализации до даты родоразрешения).

При этом оплата по 2 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.

Оплата по двум КСГ в рамках круглосуточного 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.

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

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

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, за исключением КСГ 22 «Панкреатит с синдромом органной дисфункции», КСГ 62 «Сепсис с синдромом органной дисфункции», КСГ 220 «Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции», КСГ 299 «Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции», КСГ 321 «Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении», КСГ 322 «Реинфузия аутокрови», КСГ 323 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация», КСГ 324 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация», и дополнительно за фактически выполненные услуги диализа по тарифам, **Приложение 24** к настоящему Тарифному соглашению.

К тарифам на услуги диализа не применяются коэффициент уровня оказания медицинской помощи и коэффициент сложности лечения пациента.

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.

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

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.

5. Особенности формирования и оплаты некоторых КСГ

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 КСГ 13 или 14 (операции на женских половых органах уровней 3 и 4), например, субтотальная или тотальная гистерэктомия, отнесение случая производится к КСГ по коду операции.

КСГ «Лучевая терапия (уровень 1)» (КСГ 160), «Лучевая терапия (уровень 2)» (КСГ 161), «Лучевая терапия (уровень 3)» (КСГ 162) 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 круглосуточного стационара (КСГ 146-155), 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 146-155) подробно описаны в Инструкции по группировке случаев, **Приложение 23** к Тарифному соглашению.

КСГ 158 Фебрильная нейтропения, агранулоцитоз вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) и КСГ 159 Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных

новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) применяются в случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз или установка, замены порт-системы являются 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 КЗ. Аналогично, если больному в рамках одной госпитализации устанавливают порт-систему и проводят лекарственное лечение, оплата производится по КСГ с наибольшим КЗ.

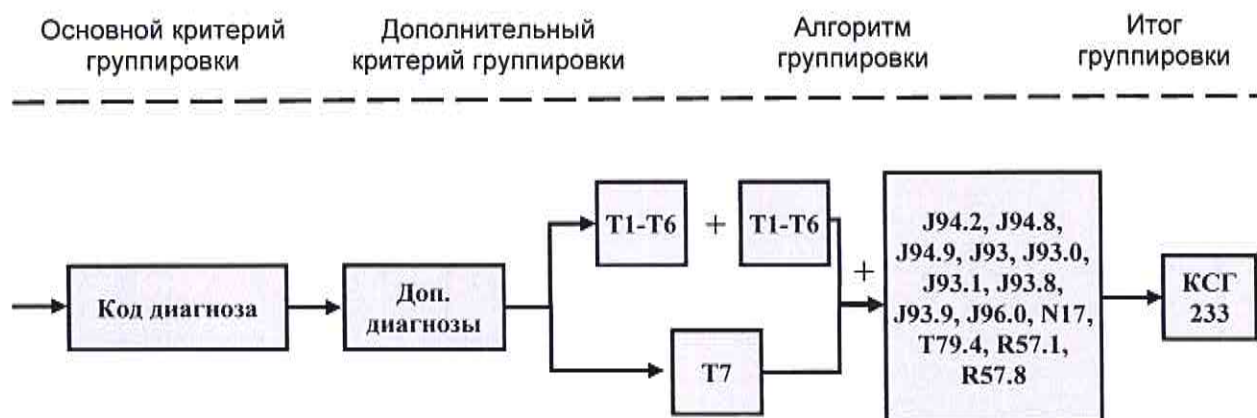
Для КСГ №№ 325-337 критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ). Медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара пациент получает при оценке 4-5-6 по ШРМ. **При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях круглосуточного стационара в соответствии с установленной маршрутизацией.** Состояние пациента по ШРМ оценивается при поступлении в круглосуточный стационар, 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 тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара.

КСГ 233 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)»

Дополнительные критерии отнесения: комбинация диагнозов плюс диагноз, характеризующий тяжесть состояния. В эту группу относятся травмы в 2 и более анатомических областях (голова/шея, позвоночник, грудная клетка, живот, таз, конечности – минимум 2 кода МКБ-10) или один диагноз множественной травмы и травмы в нескольких областях тела + как минимум один из нижеследующих диагнозов: J94.2, J94.8, J94.9, J93, J93.0, J93.1, J93.8, J93.9, J96.0, N17, T79.4, R57.1, R57.8.

Алгоритм формирования группы:



Алгоритм формирования КСГ, в том числе с учетом дополнительных критериев группировки, которые применяются при формировании КСГ подробно описан в Инструкции по группировке случаев (Приложение 23 Тарифного соглашения).

Отнесение случаев лечения с пациентов с органной дисфункцией к КСГ 22 «Панкреатит с синдромом органной дисфункции», КСГ 62 «Сепсис с синдромом органной дисфункции», КСГ 220 «Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции» и КСГ 299 «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.

Для кодирования признака «it1» должны выполняться одновременно оба условия. За основу берется оценка по шкале SOFA 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, **Приложение 23** к Тарифному соглашению.

Отнесение к КСГ 321 «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.

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

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.

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.

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.

7. Порядок определения уровней оказания медицинской помощи структурным подразделениям медицинских организаций в условиях круглосуточного стационара

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.

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.

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 преимущественно в пределах муниципального образования (внутригородского округа), структурным подразделениям присвоен 1 уровень.

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.

В медицинских организациях 3-го уровня структурным подразделениям, оказывающих, по программе обязательного медицинского страхования высокотехнологичную медицинскую помощь, присвоен 3-й уровень. Кроме того, 3-й уровень присвоен отделениям анестезиологии и реанимации в медицинских организациях, имеющих в своем составе другие профильные отделения 3-го уровня.

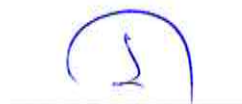
Подписи сторон:

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



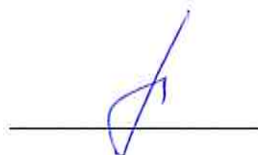
А.А. Добровольский

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



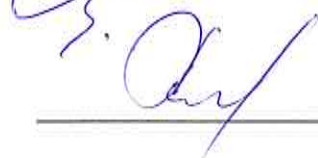
В.А. Нигматулин

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. Суровов