

ПОРЯДОК

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

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

В целях установления размера и структуры тарифа на оплату медицинской помощи дифференцированно с учетом коэффициента уровня медицинской организации для групп медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, распределение медицинских организаций, участвующих в реализации ТП ОМС, осуществляется по следующим уровням:

1.1. к первому уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа);

1.2. ко второму уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), расположенные на территории закрытых административных территориальных образований, а также специализированные больницы, центры, диспансеры;

1.3. к третьему уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

1.4. Перечень и уровень структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневных стационаров всех типов, 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 шкале реабилитационной маршрутизации;
- h. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- i. Пол;
- j. Этап проведения экстракорпорального оплодотворения;
- k. Показания к применению лекарственного препарата;
- l. Степень тяжести заболевания
- m. Длительность лечения.

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

- Письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования «О направлении инструкции по группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования» (далее – Инструкция по группировке случаев);

- Расшифровкой групп для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (Приложение к Инструкции по группировке случаев – файл «2024_Расшифровка групп ДС» в формате MS Excel).

3. Расчет стоимости законченного случая лечения

Расчет стоимости законченного случая лечения по КСГ осуществляется на основе следующих экономических параметров:

- 1. Размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации;
- 2. Коэффициент относительной затратоемкости;
- 3. Коэффициент дифференциации (при наличии);
- 4. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи;
- 5. Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации;
- 6. Коэффициент сложности лечения пациента;
- 7. Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в ХМАО-Югре.

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

$$\text{ССдс} = \text{БСдс} \times \text{КД} \times \text{КЗдс} \times \text{КСдс} \times \text{КУСдс} \times \text{КЗПдс} + \text{БСдс} \times \text{КД}^* \times \text{КСЛПдс}, \text{ где}$$

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** 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 2024 год – 1,767.

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

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

КУСдс – коэффициент уровня структурного подразделения медицинской организации, в которой был пролечен пациент в условиях дневного стационара, установлен **приложением 26** к настоящему Тарифному соглашению.

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

КЗПдс – коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренных «дорожными картами» развития здравоохранения в ХМАО-Югре, установлен **приложением 26** к настоящему Тарифному соглашению.

КСЛПдс – коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП) (* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице)), установлен для случаев и в размере согласно **приложению 28** к настоящему Тарифному соглашению.

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

$$ССдс = БСдс \times КЗдс \times ((1 - Дзп) + Дзп \times КСдс \times КУСдс \times КД) \times КЗПдс + БСдс \times КД^* \times КСЛПдс,$$

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.

Размер базовой ставки (БСдс) рассчитывается по формуле:

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

ОСдс – объем средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного 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:

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

При расчете базовой ставки в качестве параметра Ослп используется сумма, характеризующая вклад коэффициента сложности лечения пациента в совокупный объем средств на оплату медицинской помощи:

$$О_{слп} = \sum (БСдс \times КД^* \times КСЛП_{дс_i}), \text{ где:}$$

КСЛП_{дсi} – размер КСЛП, применяемый при оплате i-го случая оказания медицинской помощи в 2023 году.

* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

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

При этом недопустимо установление базовой ставки без учета коэффициента дифференциации таким образом, чтобы размер базовой ставки с учетом единого коэффициента дифференциации ХМАО-Югры в условиях дневного стационара составлял ниже 60% от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения, установленного для специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в соответствующих условиях оказания медицинской помощи (за исключением медицинской реабилитации) в рамках ТП ОМС в части базовой программы.

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

В соответствии с Программой к прерванным случаям оказания медицинской помощи (далее – прерванный случай) относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся смертью пациента;
7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1-7 настоящего раздела) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно.

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

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2-9 раздела 5 настоящего приложения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2-4 настоящего раздела.

Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в

полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, за исключением основания, связанного с проведением лекарственной терапии при ЗНО не в полном объеме, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

В случае, если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) была проведена тромболитическая терапия, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - от 80 до 90 процентов от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - от 80 до 100 процентов от стоимости КСГ.

Приложением 24 к Тарифному соглашению определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи по КСГ, не входящим в данные приложения, не могут быть оплачены с применением вышеуказанных диапазонов уменьшения размеров оплаты прерванных случаев (80-90 процентов и 80-100 процентов соответственно).

Если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - от 20 до 50 процентов от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - от 50 до 80 процентов от стоимости КСГ.

Конкретная доля оплаты данных случаев установлена в тарифном соглашении.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпункте 7 данного раздела, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

5. Оплата по двум и более КСГ в рамках одного пролеченного случая

Медицинская помощь, оказываемая пациентам одновременно по двум и более КСГ, осуществляется в следующих случаях:

1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), 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 оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным разделом 4 настоящего приложения основаниям;

2. Проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

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

4. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2));

5. Проведение реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

6. Дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности и пребывания в нем в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением 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;

7. Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

8. Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

6. Особенности формирования и оплаты случаев медицинской помощи по КСГ

6.1. 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.

6.2. При проведении процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) стоимость случая лечения определяется в зависимости от этапа, которым завершена процедура в соответствии с порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий. Отнесение случаев проведения ЭКО к КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1-4)» (ds02.008-ds02.011) осуществляется на основании иных классификационных критериев «ivf1»-«ivf7», отражающих проведение различных этапов ЭКО. Описание группировки случаев проведения процедуры ЭКО в зависимости от этапа приведено в Инструкции по группировке случаев.

6.3. 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).

6.3.1. 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.

6.3.2. 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.) и для лечения и профилактики осложнений основного заболевания.

6.3.3. 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.

6.3.4. Отнесение случаев к группам ds08.001-ds08.003, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у детей, производится на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «C, D45-D47», 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.

6.3.5. При оплате случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей применяются КСГ ds19.063-ds19.078, 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.

Длительность госпитализации распределена на 4 интервала: "1" – пребывание до 3 дней включительно, "2" – от 4 до 10 дней включительно, "3" – от 11 до 20 дней включительно, "4" – от 21 до 30 дней включительно.

Перечень кодов МНН лекарственных препаратов, для которых предусмотрена оплата по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей (ds19.071-ds19.078), с расшифровкой содержится на вкладке "МНН ЛП" файла "Расшифровка групп" (коды gemop1- gemop26). Для случаев применения иных лекарственных препаратов, относящихся к АТХ группе "L" – противоопухолевые препараты и иммуномодуляторы, – предусмотрен код "gem" (вкладка "ДКК" файла "Расшифровка групп"), использующийся для формирования КСГ ds19.067-ds19.070 (ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые, уровни 1-4).

6.3.6. Учитывая, что при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей в ряде случаев длительность лечения в условиях дневного стационара 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 случаями лечения 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.

6.3.7. Для случаев лечения лучевых повреждений в условиях дневного стационара применяется КСГ ds19.079 «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.

Формирование КСГ ««Эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях» осуществляется на основании сочетания кода МКБ-10, соответствующего лучевым повреждениям, дополнительного кода С., иного классификационного критерия «olt», отражающего состояние после перенесенной лучевой терапии, а также следующих кодов Номенклатуры:

A16.30.022 Эвисцерация малого таза;

A16.30.022.001 Эвисцерация малого таза с реконструктивно-пластическим компонентом.

6.3.8. Отнесение к КСГ ds19.033 «Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования или иммунофенотипирования» осуществляется в соответствии с иным классификационными критериями «mgi» и «ftg», применяемым для кодирования случаев госпитализации с обязательным выполнением биопсии при подозрении на злокачественное новообразование и проведением диагностических молекулярно-генетических и/или иммуногистохимических исследований или обязательное выполнение трепанобиопсии/или забора крови (другой биологической жидкости) с последующим проведением иммунофенотипирования методом проточной цитофлуориметрии.

6.3.9. Отнесение к КСГ ds36.006 «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, хирургическое вмешательство). Данная группа может применяться в случае необходимости проведения поддерживающей терапии и симптоматического лечения.

6.4. Отнесение к КСГ ds36.015-ds36.034 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1-20)» производится по комбинации иного классификационного критерия из диапазона «gsh001»-«gsh154», соответствующего МНН лекарственного препарата, наименованию и описанию схемы, количеству дней введения в соответствии со справочником «ГИБП, схемы ЛТ» в группировщике и кода возраста «5» (от 0 дней до 18 лет) или «6» (старше 18 лет). Код возраста применяется в случае, если лекарственный препарат в соответствии с инструкцией по применению назначается в дозе из расчёта на кг веса (мг/кг), и данная дозировка совпадает для пациентов в возрасте от 0 дней до 18 лет и пациентов старше 18 лет.

6.5. КСГ ds18.002.01-ds18.002.10 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ уровень (1 – 10)» включают 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.) и предъявляется к оплате за календарный месяц. Отнесение к КСГ ds18.002.01-ds18.002.10 осуществляется по коду МКБ 10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и коду лекарственной терапии при диализе, учитывающий примененные лекарственные препараты в соответствии с МНН. Стоимость услуг диализа, с учетом количества фактически выполненных услуг, прибавляется в рамках одного случая лечения, по тарифам услуг, установленных в **приложении 30** к настоящему Тарифному соглашению.

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

6.5.2. 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 случаев лечения по данной нозологии у конкретного пациента (с момента начала проведения диализа в текущем году до 31 декабря текущего года). За один отчётный месяц к оплате предъявляется не более одного случая лечения по тарифам КСГ ds18.002.01-ds18.002.10.

6.5.3. В один срок лечения к оплате предъявляется не более одного случая клинико-статистической группы заболеваний, за исключением КСГ ds18.002.01-ds18.002.10 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ уровень (1 – 10)».

6.5.4. Пересечения сроков лечения в круглосуточном стационаре с периодом лечения в дневном стационаре по КСГ ds18.002.01-ds18.002.10, допускается. В случае нахождения пациента в круглосуточном стационаре в период лечения в дневном стационаре по КСГ ds18.002.01-ds18.002.10, случай КСГ «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ уровень (1 – 10)» должен быть завершён датой оказания последней услуги диализа в отчетном месяце. При этом предъявление к оплате законченного случая по КСГ ds18.002.01-ds18.002.10 и услуг диализа осуществляется в соответствии с изложенными в настоящем пункте правилами.

6.6. Учитывая длительное лечение противовирусным препаратом-ингибиторов проникновения HBV и HDV в клетку (48 недель) при хроническом вирусном гепатите В с дельта-агентом, осуществляется ведение одной истории болезни стационарного больного (с момента начала введения препарата до последнего введения). За единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения. За один отчетный месяц к оплате предъявляется не более одного случая лечения по тарифу КСГ ds12.021 Вирусный гепатит В хронический с дельта агентом, лекарственная терапия.

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

7.1. 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.

7.2. 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. Условия получения плановой медицинской помощи по направлениям в медицинские организации на территории ХМАО-Югры и за пределами ХМАО-Югры

Включение случая оказания медицинской помощи в реестр медицинской помощи производится по завершении оказания медицинской помощи пациенту в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, по тарифам соответствующего уровня оказания медицинской помощи, предусмотренного настоящим Тарифным соглашением. МО – исполнитель, не имеющая прикрепленного населения, либо при оказании медицинских услуг пациенту, прикрепленному к иной медицинской организации, включает объем оказанной помощи в реестр медицинской помощи, при наличии направления от лечащего врача МО, к которой прикреплен пациент и в настоящее время проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи или специализированной медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и в рамках Программы в соответствии с медицинскими показаниями или стандартами (за исключением скорой медицинской помощи, медицинской помощи оказанной в экстренной и неотложной форме, медицинской помощи, оказанной в диспансерах, региональных центрах в соответствии с зонами обслуживания, утвержденными приказом Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры).

При этом во всех случаях направления на госпитализацию в любой форме из любых условий оказания медицинской помощи, МО публикует (размещает) направление в электронном виде в «Региональном реестре направлений в системе ОМС» на информационном ресурсе ТФОМС Югры, а МО осуществляющая госпитализацию указывает данные направления в реестре счетов на оказанную медицинскую помощь.

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 АСП ООО «Капитал МС» –
Филиал в ХМАО-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