

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 оказания медицинской помощи их структурных подразделений

1.1. 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.

1.2. 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.

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

1.4. Перечень и уровень оказания медицинской помощи структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневных стационаров всех типов, содержится в **приложении 16** 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;

д. МНН лекарственного препарата;

е. Возрастная категория пациента;

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

г. Оценка состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации;

h. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

i. Пол.

2.2. 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 11**;

- Расшифровкой групп для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (Приложение к Инструкции по группировке случаев – файл «2020_Расшифровка групп ДС» в формате MS Excel).

3. Расчет стоимости законченного случая лечения

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

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

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** с учетом 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»).

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 26** к настоящему Тарифному соглашению.

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

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 26** 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 28** к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень КСГ, для которых не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи, приведен в **приложении 26** к настоящему Тарифному соглашению.

КСЛПдс – коэффициент сложности лечения пациента, установлен для случаев и в размере согласно **приложению 30** к настоящему Тарифному соглашению.

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

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

- 80 % от стоимости КСГ, если пациенту выполнено хирургическое вмешательство, являющееся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ;

- 25 % от стоимости КСГ, в случае если хирургическое вмешательство, 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 по КСГ при длительности лечения менее 3-х дней включительно указаны в **приложении 26** к настоящему Тарифному соглашению.

4.4. 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.

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 лечение 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 дневного стационара, а также в случае перевода из дневного стационара в круглосуточный стационар и из круглосуточного стационара в дневной, 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 порядком. При этом случаи лечения подлежат обязательной экспертизе.

5.2. 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.

5.3. 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.

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 оказании случаев медицинской помощи с применением вспомогательных репродуктивных технологий, процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) КСГ «Эстракорпоральное оплодотворение» (ds02.005) оплата случая осуществляется с учетом КСЛП в зависимости от этапа, **приложение 30** к настоящему Тарифному соглашению. Описание

применения КСЛП в рамках проведения процедуры ЭКО приведено в Инструкции по группировке случаев, **приложение 11** к Тарифному соглашению.

6.3. КСГ Лечение хронического вирусного гепатита С в дневном стационаре (КСГ ds12.010-ds12.011) формируются по сочетанию кода диагноза по МКБ 10 и иного классификационного критерия «if» или «nif», отражающего применение лекарственных препаратов для противовирусной терапии. В целях кодирования случая лечения указание иного классификационного критерия «if» необходимо при проведении лекарственной терапии с применением препаратов пегилированных интерферонов за исключением препаратов прямого противовирусного действия. К случаям лечения требующим указания критерия «nif» относится применение любой схемы лекарственной терапии, содержащей препараты прямого противовирусного действия в соответствии с анатомо-терапевтической-химической классификацией (АТХ), в том числе применение комбинации лекарственных препаратов прямого противовирусного действия и пегилированных интерферонов. Коэффициент затратоёмкости 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.

6.4. 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).

6.4.1. 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.

6.4.2. 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.).

6.4.3. 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.

6.4.4. Отнесение случаев лечения к КСГ ds19.029 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ» осуществляется по коду МКБ 10 (C., D00-D09) в сочетании со следующими кодами Номенклатуры: A07.23.008.001 Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией головного мозга с введением контрастного вещества; A07.30.043 Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с опухоротропными РФП; A07.30.043.001 Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с опухоротропными РФП с контрастированием.

6.4.5. Отнесение к КСГ ds19.033 «Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования» осуществляется в соответствии с иным классификационным критерием «mgi», применяемым для кодирования случаев госпитализации с обязательным выполнением биопсии при

подозрении на злокачественное новообразование и проведением диагностических молекулярно-генетических и/или иммуногистохимических исследований.

6.4.6. 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.

6.5. Для КСГ ds37.001-ds37.008 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 по максимально выраженному признаку, применима как для взрослых, так и детей. Градации оценки и описание Шкалы Реабилитационной Маршрутизации приведены в Инструкции по группировке случаев, Приложение 11 к Тарифному соглашению.

6.5.1. Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, 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.

6.6. Отнесение к КСГ ds36.004 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов» осуществляется по коду МКБ 10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и МНН лекарственных препаратов.

6.7. 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 33** к настоящему Тарифному соглашению.

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

6.7.2. 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 отчетный месяц к оплате предъявляется не более одного случая лечения по тарифам КСГ ds18.002.01 - ds18.002.10.

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

6.7.4. 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.

**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.

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»

М.А. Соловей

Председатель правления Некоммерческого партнерства
«Ассоциация работников здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры»

Ю.С. Сподар

Председатель
окружной организации профсоюза
работников здравоохранения РФ

О.Г. Меньшикова