

ПОРЯДОК

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

1. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара и порядок определения уровней оказания медицинской помощи их структурных подразделений

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 оказания медицинской помощи структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, содержится в **приложении 2** 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), при наличии;
- с. Схема лекарственного лечения;

- d. Возрастная категория пациента;
- e. Сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ 10);
- f. 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;
- g. Длительность непрерывного проведения искусственной вентиляции легких;
- h. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- i. Пол;
- j. Длительность лечения;
- k. МНН лекарственного препарата.

2.2. 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 (Приложение к Инструкции по группировке случаев – файл «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:

$Скс = БСкс \cdot КЗкс \cdot ПК$, где:

$БСкс$ – 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 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»).

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

$КЗкс$ – коэффициент относительной затратно-емкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (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);

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

$ПК = КУкс \times КУСкс \times КСЛПкс$, где:

КУкс – 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.

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

3.2.1. 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.

3.2.2. 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.

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

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

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

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

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 выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ;

- 50 % от стоимости КСГ, в случае если хирургическое лечение 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 при длительности госпитализации менее 3-х дней включительно по КСГ указаны в **Приложении 15** к настоящему Тарифному соглашению.

4.4. 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.

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;

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

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

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

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 24 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. 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, хирургической операции). Данная группа может применяться в случае необходимости проведения поддерживающей терапии и симптоматического лечения.

7.3.4. 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.

7.4. Для КСГ st37.001-st37.018 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. Градации оценки и описание Шкалы Реабилитационной Маршрутизации приведены в Инструкции по группировке случаев, Приложение 23 к Тарифному соглашению.

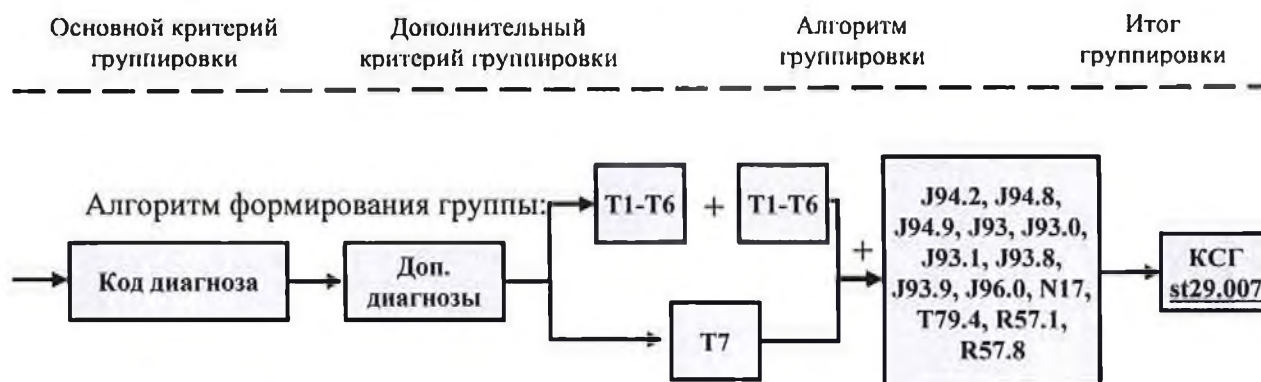
7.4.1. Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного 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 «rbs».

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

7.5. КСГ st29.007 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)»

7.5.1. 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.



7.5.2. 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).

7.6. Отнесение случаев лечения с пациентов с органной дисфункцией к КСГ st04.006 «Панкреатит с синдромом органной дисфункции», КСГ st12.007 «Сепсис 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 органов 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.

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 «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.

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.

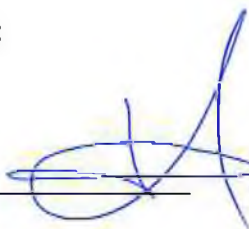
8.3. Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, 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



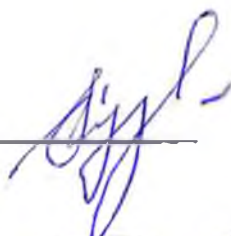
А.А. Добровольский

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»



М.А. Соловей

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



А.В. Кичигин

Председатель
окружной организации профсоюза
работников здравоохранения РФ



О.Г. Меньшикова