Приложение 55

к тарифному соглашению

в сфере обязательного медицинского

страхования на территории

Республики Крым

от «28» декабря 2024 года

**ОСОБЕННОСТИ**

**ПРИМЕНЕНИЯ СПОСОБОВ ОПЛАТЫ ОТДЕЛЬНЫХ СЛУЧАЕВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ** **В УСЛОВИЯХ КРУГЛОСУТОЧНОГО И ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРОВ И ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ КСГ**

# **1. Прерванные случаи оказания медицинской помощи**

## 1.1. 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 (летальным исходом);

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](#Par1) - [7](#Par7) данного раздела) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно (согласно **Приложениям № 30, № 36** к Тарифному соглашению);

9) случаи медицинской реабилитации по КСГ [st37.002](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=472964&dst=107599), [st37.003](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=472964&dst=107608), [st37.006](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=472964&dst=107635), [St37.007](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=472964&dst=107643), [st37.024](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=472964&dst=107757), [st37.025](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=472964&dst=107763), [st37.026](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=472964&dst=107769), а также случаи лечения хронического вирусного гепатита B и C по КСГ [ds12.016](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=472964&dst=108054) - [ds12.021](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=472964&dst=108084) с длительностью лечения менее количества дней, определенных [Программой](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=472964&dst=100021) и [приложением 6](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=480994&dst=103450) к настоящим рекомендациям (далее - Группировщик ([приложение 6](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=480994&dst=103450) и [7](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=480994&dst=103453)).

## 1.2. Законченный случай оказания медицинской помощи по КСГ, указанным **в Приложениях № 30, № 36** к Тарифному соглашению, 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.

## 1.3. Размер 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, и установлен пунктом 3.14 Тарифного соглашения.

# **2. Оплата по одной КСГ в рамках одного случая лечения.**

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](#_2._Оплата_по), оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая [к прерванным](#_1._Прерванные_случаи) по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.

# **3. Оплата по двум КСГ в рамках одного пролеченного случая**

Оплата по двум КСГ в рамках одного пролеченного случая осуществляется в следующих случаях:

3.1. При переводе 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 основаниям, установленным [пунктом 1](#_1._Прерванные_случаи_1) настоящего приложения;

## 3.2. Проведение [медицинской реабилитации](#_11._Особенности_формирования) пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

## 3.3. 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;

## 3.4. 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))*;

## 3.5. [Проведение реинфузии аутокрови](#_3.5._Проведение_реинфузии), баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

## 3.6. [Дородовая госпитализация пациентки](#_3.6._Дородовая_госпитализация) 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 нём в течение двух 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;

## 3.7. Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период нахождения в стационарных условиях имплантации в организм пациента медицинского изделия;

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

## 3.9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

Выставление случая только по КСГ st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)», без основной КСГ, а также выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)» с пересекающимися сроками лечения не допускается.

При этом если один из случаев лечения, оплачиваемых по двум КСГ, является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с правилами, установленными [пунктом 1](#_1._Прерванные_случаи) настоящего приложения.

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

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах [3.2 – 3.9 пункта 3](#_3._Оплата_по) настоящего приложения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в [подпунктах 2 – 4 пункта 1](#_1._Прерванные_случаи) настоящего приложения.

# **4. Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту**

## 4.1. В случае если у пациента после оказания специализированной медицинской помощи определяются показания к получению медицинской помощи с применением метода лечения, включенного в Перечень видов ВМП (приложение № 1 к Программе госгарантий), либо после оказания ВМП определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках ВМП - по нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. При этом предоперационный и послеоперационный период включается в законченный случай лечения как для специализированной, так и для высокотехнологичной медицинской помощи, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.

Если пациенту в момент оказания ВМП по профилям «неонатология» или «детская хирургия в период новорожденности» определяются показания к проведению [иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ)](#_3.8._Проведение_иммунизации) инфекции, то данный случай оплачивается по двум (нескольким) тарифам: в рамках ВМП по соответствующему нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и по соответствующей КСГ в рамках специализированной медицинской помощи.

Кратность применения КСГ «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции» должна соответствовать количеству введений паливизумаба для проведения иммунизации за весь период госпитализации.

## 4.2. Медицинская помощь в неотложной и экстренной формах, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, при оказании детям специализированной либо высокотехнологичной медицинской помощи и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии (уведомления на оказание медицинской деятельности), в соответствии с установленными способами оплаты.

# **5. Оплата случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология».**

5.1. 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».

5.2. Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО), а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов для оплаты случаев предусмотрены КСГ ds02.008-ds02.011.

Отнесение случаев проведения ЭКО к КСГ осуществляется на основании иных классификационных критериев, отражающих проведение различных его этапов (полная расшифровка кодов ДКК представлена в Методических рекомендациях).

В случае если базовый цикл ЭКО завершен по итогам I этапа (стимуляция суперовуляции), I-II этапов (получение яйцеклетки), I-III этапов (экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов, оплата случая осуществляется по КСГ ds02.009 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 2)».

В случае проведения первых трех этапов цикла ЭКО c последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов, а также проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов цикла ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов, оплата случая осуществляется по КСГ ds02.010 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)».

В случае проведения в рамках одного случая всех этапов цикла ЭКО c последующей криоконсервацией эмбрионов, оплата случая осуществляется по КСГ ds02.011 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 4)».

В случае проведения цикла ЭКО с применением криоконсервированных эмбрионов, случай госпитализации оплачивается по КСГ ds02.008 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)».

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС не осуществляется.

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет один день в условиях дневного стационара.

# **6. Оплата случаев лечения по профилю «Онкология».**

## 6.1. Оплата по КСГ st19 и ds19 осуществляется при указании профиля медицинской помощи «онкология», «радиология», «радиотерапия».

## 6.2. Отнесение к КСГ, предусматривающим хирургическое лечение

Отнесение к КСГ, предусматривающим хирургическое лечение, осуществляется при комбинации диагнозов по кодам МКБ-10: C00-C80, C97 и D00-D09 и услуг, обозначающих выполнение оперативного вмешательства, по коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой.

К таким КСГ относятся:

| **Код КСГ** | **Наименование КСГ** |
| --- | --- |
| ***Стационар*** | |
| st19.001 | Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1) |
| st19.002 | Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2) |
| st19.003 | Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3) |
| st19.004 | Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1) |
| st19.005 | Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2) |
| st19.006 | Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1) |
| st19.007 | Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2) |
| st19.008 | Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3) |
| st19.009 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1) |
| st19.010 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2) |
| st19.011 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3) |
| st19.012 | Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 1) |
| st19.013 | Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 2) |
| st19.014 | Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1) |
| st19.015 | Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2) |
| st19.016 | Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 1) |
| st19.017 | Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 2) |
| st19.018 | Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1) |
| st19.019 | Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2) |
| st19.020 | Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3) |
| st19.021 | Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости |
| st19.022 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях |
| st19.023 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1) |
| st19.024 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2) |
| st19.025 | Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1) |
| st19.026 | Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2) |
| st19.123 | Прочие операции при ЗНО (уровень 1) |
| st19.124 | Прочие операции при ЗНО (уровень 2) |
| ***Дневной стационар*** | |
| ds19.016 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1) |
| ds19.017 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2) |

Если больному со злокачественным новообразованием выполнялось оперативное вмешательство, не являющееся классификационным критерием для онкологических хирургических групп, то отнесение такого случая к КСГ производится по общим правилам, то есть к КСГ, формируемой по коду выполненного хирургического вмешательства, без учета кода диагноза злокачественного новообразования.

В случае если злокачественное новообразование выявлено в результате госпитализации с целью оперативного лечения по поводу неонкологического заболевания (доброкачественное новообразование, кишечная непроходимость и др.) отнесение к КСГ и оплата осуществляются в соответствии с классификационными критериями по коду медицинской услуги без учета кода диагноза злокачественного новообразования.

## 6.3. Отнесение к КСГ случаев лучевой терапии

Отнесение к соответствующей КСГ случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода МКБ-10, кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, а также в ряде случаев – количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций).

В случае отсутствия указания кода диапазона фракций в Расшифровке групп, отнесение случая к соответствующей КСГ осуществляется вне зависимости от числа фракций.

## 6.4. Отнесение к КСГ случаев лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией

Для оплаты случаев лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией и лекарственными препаратами предусмотрены соответствующие КСГ. Отнесение к группам осуществляется по коду МКБ-10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой с учетом количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций) (при наличии), а также кода МНН лекарственных препаратов.

В случае отсутствия указания кода диапазона фракций в Расшифровке групп, отнесение случая к соответствующей КСГ осуществляется вне зависимости от числа фракций.

## 6.5. Формирование КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых

6.5.1. Формирование КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» (С00-С80, С97, D00-D09) и кода схемы лекарственной терапии (sh0001 – sh9003).

За законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, указанному в Расшифровке групп КСГ к Методическим рекомендациям в столбце «Количество дней введения в тарифе» листа «Схемы лекарственной терапии».

Количество дней введения не равно числу введений, так как в один день больной может получать несколько лекарственных препаратов. Также количество дней введения не равно длительности госпитализации.

Оплата случая в рамках КСГ рассчитана исходя из определенного количества дней введения. При этом количество дней госпитализации может превышать количество дней введения с учетом периода наблюдения пациента до и после введения лекарственных препаратов. В случае включения в тариф 1 дня введения лекарственных препаратов из нескольких дней, составляющих цикл, предполагается, что между госпитализациями с целью введения лекарственных препаратов (в том числе в рамках одного цикла) пациенту не показано пребывание в условиях круглосуточного и дневного стационара.

В случае применения многокомпонентной схемы, в которой в первое введение вводится несколько препаратов, а в последующие введения вводится один препарат, стоимость КСГ рассчитана по принципу усреднения затрат и распределена равномерно между введениями в рамках цикла. В указанных случаях для всех введений должен использоваться одинаковый код схемы.

Отнесение случаев лекарственного лечения с применением схем, не включенных в справочник в качестве классификационного критерия, производится по коду sh9003.

В случаях применения sh9003 обязательно проведение экспертизы качества медицинской помощи.

6.5.2. Порядок определения полноты выполнения схем лекарственной терапии (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у взрослых.

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, длительность цикла, количество дней введения, способ введения (в случае указания в схеме), скорость введения (капельно, струйно, в случае указания в схеме), разовую дозу препарата (фиксированная величина или разовая доза в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента).

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схеме лекарственной терапии, представленной в Группировщике, для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным [в подпунктах 1-6 пункта 1.1](#_1.1._К_прерванным) настоящего приложения.

В случае снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» в «Группировщиках» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии) схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным [пунктом 1.1](#_1.1._К_прерванным) настоящего приложения):

- снижение дозы произведено согласно инструкции по применению к химиотерапевтическому препарату или в соответствии с клиническими рекомендациями, в том числе в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- возможность смещения интервала между введениями предусмотрена клиническими рекомендациями, либо необходимость смещения возникла в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Для остальных случаев (в том числе случаев проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) классификационным критерием отнесения к КСГ служит схема sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным [в подпунктах 1 - 6 пункта 1.1](#_1.1._К_прерванным) настоящего приложения.

Также схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным [пунктом 1.1](#_1.1._К_прерванным) настоящего приложения) при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

## 6.6. Формирование КСГ для случаев лекарственной терапии детей

Отнесение случаев к группам КСГ st08.001-st08.003, ds08.001-ds08.003, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у детей, производится на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С, D45-D47», кодов Номенклатуры и возраста - менее 18 лет.

Отнесение к указанным КСГ осуществляется по коду Номенклатуры: A25.30.014 «Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у детей».

## 6.7. Формирование КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей

Оплата случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей (КСГ st19.090-st19.102 и ds19.063-ds19.078).

Отнесение случаев к указанным КСГ осуществляется по сочетанию 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.

Учитывая, что при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей в ряде случаев длительность госпитализации 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.

В случае если между последовательными госпитализациями 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.

## 6.8. Лечение лучевых повреждений.

Оплата случаев лечения лучевых повреждений осуществляется по КСГ st 19.103 и ds1 19.079 «Лучевые повреждения», а также st 19.104 «Эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях». При этом, эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях относится в том числе к хирургической онкологии.

Формирование КСГ st 19.103 и ds 19.079 «Лучевые повреждения» осуществляется на основании сочетания кода МКБ-10, соответствующего лучевым повреждениям, дополнительного кода C, а также иного классификационного критерия «olt», отражающего состояние после перенесенной лучевой терапии.

Формирование КСГ st 19.104 «Эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях» осуществляется на основании сочетания кода МКБ-10, соответствующего лучевым повреждениям, дополнительного кода C, 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».

## 6.9. Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения.

Отнесение к КСГ st36.012 и ds36.006 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.

При экспертизе качества медицинской помощи целесообразно обращать внимание на обоснованность подобных госпитализаций.

В соответствии с Программой по указанным КСГ, а также по КСГ st19.090-st19.093 и ds19.063-ds19.066 «ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения» может осуществляться оплата случаев введения медицинской организацией лекарственных препаратов, предоставленных пациентом или иной организацией, действующей в интересах пациента, из иных источников финансирования (за исключением лекарственных препаратов, приобретенных пациентом или его представителем за счет личных средств).

6.10. Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования.

Отнесение случая к КСГ st27.014 осуществляется с применением соответствующего кода номенклатуры из раздела «B». Данная группа предназначена в основном, как для оплаты случаев госпитализаций в отделения/медицинские организации неонкологического профиля, когда в ходе обследования выявлено злокачественное новообразование с последующим переводом (выпиской) больного для лечения в профильной организации, так и для оплаты случаев госпитализации в отделения онкологического профиля с диагностической целью, включая также необходимость проведения биопсии.

6.11. Госпитализация в диагностических целях с проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования или иммунофенотипирования.

Проведение диагностики злокачественных новообразований методами молекулярно-генетических и/или иммуногистохимических исследований, в том числе иммунофенотипирования при окогематологических заболеваниях в условиях дневного стационара оплачивается по отдельной КСГ.

Отнесение к КСГ ds19.033 осуществляется в соответствии с иным классификационным критерием «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.

В случае, если в условиях дневного стационара пациенту выполнена биопсия, являющаяся классификационным критерием КСГ с коэффициентом затратоемкости, превышающим коэффициент затратоемкости по КСГ ds19.033, оплата такой госпитализации осуществляется по КСГ с наибольшим коэффициентом затратоемкости.

6.12. КСГ st19.037 «Фебрильная нейтропения, агранулоцитоз вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований».

Данная КСГ применяется в случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз являются основным поводом для госпитализации после перенесенного специализированного противоопухолевого лечения. В случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз развивается у больного в ходе госпитализации с целью проведения специализированного противоопухолевого лечения, оплата производится по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Отнесение случаев лечения к КСГ st19.037 осуществляется по сочетанию двух кодов МКБ-10 (Код МКБ-10 из перечня С., D00-D09, D45-D47 и код МКБ-10 D70 Агранулоцитоз). Учитывая, что кодирование фебрильной нейтропении, агранулоцитоза по КСГ st19.037 осуществляется в случаях госпитализации по поводу осложнений специализированного противоопухолевого лечения, в столбце «Основной диагноз» необходимо указать диагноз, соответствующий злокачественному заболеванию, а код D70 необходимо указать в столбце «Диагноз осложнения».

В случае если код D70 указан в столбце «Основной диагноз», случай лечения будет отнесен к другой КСГ, не связанной с лечением злокачественного новообразования.

6.13. КСГ st19.122 «Поздний пострансплантационный период после пересадки костного мозга»

Отнесение к КСГ st19.122 осуществляется по коду иного классификационного критерия «rbpt», соответствующего посттрансплантационному периоду для пациентов, перенесших трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток крови и костного мозга (от 30 до 100 дней).

6.14. В целях повышения эффективности использования средств обязательного медицинского страхования на оказание медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями при назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии с применением лекарственных препаратов, для лечения отдельных нозологий, необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований и (или) иммуногистохимических исследований (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии).

Перечень лекарственных препаратов для проведения противоопухолевой лекарственной терапии, при назначении которых необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований и (или) иммуногистохимических исследований:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование МНН** | **Код МКБ-10** | **Код маркёра** | **Результат исследования** |
| 1 | Абемациклиб | C50 | НЕR2 | Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2 |
| 2 | Алектиниб | C34 | ALK/ROS1 | Наличие транслокации в генах ALK или ROS1 |
| 3 | Вемурафениб | C43 | BRAF | Наличие мутаций в гене BRAF |
| 4 | Гефитиниб | C34 | EGFR | Наличие мутаций в гене EGFR |
| 5 | Дабрафениб | C34, C43 | BRAF | Наличие мутаций в гене BRAF |
| 6 | Кобиметиниб | C43 | BRAF | Наличие мутаций в гене BRAF |
| 7 | Кризотиниб | C34 | ALK/ROS1 | Наличие транслокации в генах ALK или ROS1 |
| 8 | Лапатиниб | C50, C18, C19, C20 | НЕR2 | Гиперэкспрессия белка HER2 |
| 9 | Олапариб | C25, C50, C48.0, C48.1, C48.2, C56, C57, C61 | BRCA | Наличие мутаций в генах BRCA |
| 10 | Осимертиниб | C34 | EGFR | Наличие мутаций в гене EGFR |
| 11 | Палбоциклиб | C50 | НЕR2 | Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2 |
| 12 | Панитумумаб | C18, C19 | RAS | Отсутствие мутаций в гене RAS |
| 13 | Пертузумаб | C18, C19, C50 | НЕR2 | Гиперэкспрессия белка HER2 |
| 14 | Рибоциклиб | C50 | НЕR2 | Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2 |
| 15 | Талазопариб | C50 | BRCA | Наличие мутаций в генах BRCA |
| 16 | Талазопариб | C50 | НЕR2 | Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2 |
| 17 | Траметиниб | C34, C43 | BRAF | Наличие мутаций в гене BRAF |
| 18 | Трастузумаб | C07, C08, C15, C16, C18, C19, C50, C54 | НЕR2 | Гиперэкспрессия белка HER2 |
| 19 | Трастузумаб эмтанзин | C50 | НЕR2 | Гиперэкспрессия белка HER2 |
| 20 | Церитиниб | C34 | ALK/ROS1 | Наличие транслокации в генах ALK или ROS1 |

## **7.****Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа.**

7.1. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в условиях круглосуточного и дневного стационаров, оплата осуществляется:

в условиях дневного стационара – за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, или со случаем оказания ВМП;

в условиях круглосуточного стационара – за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания ВМП

В случае, если госпитализация пациента по основному заболеванию и диализ проводятся в двух разных МО, оплата производится по КСГ основного заболевания для МО, в которую госпитализирован пациент, и дополнительно за услугу для МО, в которой проводится диализ.

Учитывая, что единицей планирования медицинской помощи в условиях дневного стационара является случай лечения, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы ОМС, за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения. В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

Поправочные коэффициенты к стоимости услуг диализа, проведенных в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, не применяются.

7.2. Перечень тарифов на оплату услуг диализа, рассчитанных с применением коэффициентов относительной затратоемкости к базовым тарифам на оплату услуг гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») и перитонеального диализа (код услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ»), представлен в **Приложении № 19** к Тарифному соглашению.

# **8. Особенности формирования КСГ по профилю «Офтальмология»**

Выполнение косметических процедур за счет средств ОМС не осуществляется.

В связи с этим оплата по КСГ услуги A16.26.046.001 «Эксимерлазерная фототерапевтическая кератэктомия» осуществляется только при лечении эрозии, язвы роговицы, кератита, помутнения роговицы, возникшего вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности компенсации вызванной ими иррегулярности роговицы с помощью очковой или контактной коррекции, услуг A16.26.046.002 «Эксимерлазерная фоторефракционная кератэктомия» и A16.26.047 «Кератомилез» – при коррекции астигматизма или иррегулярности роговицы, возникших вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности их компенсации с помощью очковой или контактной коррекции. Аналогичные принципы применяются для медицинской услуги А16.26.046 «Кератэктомия».

Кодирование медицинского вмешательства по коду услуги А16.26.093 «Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация» возможно только при наличии противопоказаний к имплантации интраокулярной линзы, отраженных в первичной медицинской документации.

Выявление указанных случаев осуществляется в рамках проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

Кодирование медицинского вмешательства по КСГ st21.006 «Операции на органе зрения (уровень 6)» по коду услуги A16.26.089 «Витреоэктомия» не допускается при проведении передней витреоэктомии - данные вмешательства должны кодироваться по КСГ st21.003 «Операции на органе зрения (уровень 3)» по коду услуги A16.26.089.001 «Витрэктомия передняя».

# **9. Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы**

КСГ st25.004 и ds25.001 предназначены для оплаты краткосрочных (не более 3 дней) случаев госпитализации, целью которых является затратоемкое диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения.

Отнесение к указанным КСГ производится по комбинации критериев: услуга, представляющая собой метод диагностического обследования, и терапевтический диагноз, в том числе относящийся к диапазонам I и Q20-Q28 по МКБ-10 для болезней системы кровообращения.

# **10. Особенности формирования реанимационных КСГ**

Отнесение к КСГ st36.009 «Реинфузия аутокрови», КСГ st36.010 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация» и КСГ st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация» осуществляется соответственно по следующим кодам услуг Номенклатуры:

| **Код услуги** | **Наименование услуги** |
| --- | --- |
| A16.20.078 | Реинфузия аутокрови (с использованием аппарата cell-saver) |
| A16.12.030 | Баллонная внутриаортальная контрпульсация |
| A16.10.021.001 | Экстракорпоральная мембранная оксигенация |

Оплата случаев лечения с применением данных медицинских услуг осуществляется по двум КСГ – по сочетанию КСГ для оплаты лечения основного заболевания, являющегося поводом для госпитализации, и одной из вышеуказанных КСГ.

Отнесение случаев лечения 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 классификационного критерия – «оценка состояния пациента» с кодом «it1».

При этом необходимыми условиями кодирования случаев лечения пациентов с органной дисфункцией являются:

- непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 72 часов и более;

- 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.

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 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. Для оценки состояния пациентов младше 18 лет используется модифицированная шкала pSOFA.

Отнесение к КСГ st36.008 «Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении» осуществляется по коду МКБ-10 (основное заболевание) и коду классификационного критерия «it2», означающего непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 480 часов и более.

# **11. Особенности формирования КСГ по профилю «Медицинская реабилитация»**

Отнесение к КСГ st37.001-st37.018 и ds37.001-ds37.012, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел В) вне зависимости от диагноза.

Также для отнесения к группе КСГ учитывается иной классификационный критерий, в котором учтены следующие параметры:

* шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ), установленная Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. N 788н;
* уровень курации установленный порядком организации медицинской реабилитации детей, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 октября 2019 г. № 878н;
* оптимальная длительность реабилитации в койко-днях (пациенто-днях);
* факт проведения медицинской реабилитации после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19;
* факт назначения ботулинического токсина;
* факт применения роботизированных систем;
* факт сочетания 2-х медицинских услуг: B05.069.005 «Разработка индивидуальной программы дефектологической реабилитации», B05.069.006 «Разработка индивидуальной программы логопедической реабилитации».

Перечень иных классификационных критериев представлен с расшифровкой в Разделе 20 Приложения 9 к Методическим рекомендациям.

Состояние пациента по ШРМ оценивается при поступлении в круглосуточный стационар или дневной стационар по максимально выраженному признаку.

При оценке 0-1 балла по ШРМ пациент не нуждается в медицинской реабилитации; при оценке 2 балла пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара; при оценке 3 балла медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации; при оценке 4-6 баллов медицинская реабилитация осуществляется в стационарных условиях, а также в рамках выездной реабилитации в домашних условиях и консультаций в телемедицинском режиме.

# **12. Особенности формирования КСГ для случаев лечения дерматозов (st06.004- st06.007 и ds06.002- ds06.005)**

Отнесение к КСГ st06.004 и ds06.002 «Лечение дерматозов с применением наружной терапии» производится только по коду МКБ-10 (диагнозу).

Отнесение к КСГ st06.005 и ds06.003 «Лечение дерматозов с применением наружной терапии, физиотерапии, плазмафереза», st06.006 и ds06.004 «Лечение дерматозов с применением наружной и системной терапии», st06.007 и ds06.005 «Лечение дерматозов с применением наружной терапии и фототерапии» производится по комбинации кода МКБ-10 (диагноза) и иного классификационного критерия из диапазона «derm1»-«derm9», соответствующего примененному виду терапии в соответствии со справочником «ДКК» файла «Расшифровка групп». Для случаев лечения псориаза в ином классификационном критерии также предусмотрена оценка индекса тяжести и распространенности псориаза (PASI).

Также в указанные КСГ добавлен код МКБ-10 C84.0 - Грибовидный микоз. При этом сочетание кода C84.0 с иным классификационным критерием «derm4», или «derm5», или «derm7», или «derm8» возможно только при оказании медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология».

# **13. Оплата случаев лечения соматических заболеваний, осложненных старческой астенией**

КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией» формируется с учетом двух классификационных критериев – основного диагноза пациента (из установленного Расшифровкой групп КСГ к Методическим рекомендациям перечня) и сопутствующего диагноза пациента (R54 Старческая астения).

Обязательным условием для оплаты медицинской помощи по данной КСГ также является лечение на геронтологической профильной койке и заполнение в реестрах счетов индекса базовой функциональной активности пациента по шкале Бартела.

# **14. Особенности формирования КСГ для случаев лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 (st12.015-st12.019)**

Формирование групп осуществляется по коду МКБ-10 (U07.1 или U07.2) в сочетании с кодами иного классификационного критерия, отражающих тяжесть течения заболевания, или критерия, отражающего признак долечивания пациента с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Перечень дополнительных классификационных критериев с расшифровкой содержится на вкладке ДКК в Расшифровке групп КСГ к Методическим рекомендациям.

Тяжесть течения заболевания определяется в соответствии с классификацией новой коронавирусной инфекции COVID-19 по степени тяжести, представленной во Временных методических рекомендациях «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации. Каждому уровню тяжести состояния соответствует отдельная КСГ st12.015-st12.018 (уровни 1-4).

Коэффициенты относительной затратоемкости по КСГ st12.016-st12.018 (уровни 2-4), соответствующие случаям среднетяжелого, тяжелого и крайне тяжелого лечения, учитывают период долечивания пациента.

Оплата специализированной медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) осуществляется по соответствующим КСГ, без учета коэффициента дифференциации.

Правила оплаты госпитализаций в случае перевода на долечивание:

- в пределах одной медицинской организации - оплата в рамках одного случая оказания медицинской помощи (по КСГ с наибольшей стоимостью законченного случая лечения заболевания);

- в другую медицинскую организацию - оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата законченного случая лечения после перевода осуществляется по КСГ st12.019 «Новая коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)». Оплата прерванных случаев после перевода осуществляется в общем порядке.

- в амбулаторных условиях - оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в общем порядке, определенным тарифным соглашением.

Обязательным условием для оплаты случаев лечения по КСГ st12.015-st12.019 является наличие сведений о пациенте в информационном ресурсе учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (далее - Регистр), предусмотренном постановлением Правительства Российской Федерации от 31 марта 2020 № 373. Данные о случае, внесенные в Регистр (даты лечения, диагнозы, степень тяжести, наличие результатов компьютерной томографии, проведение ИВЛ, результат обращения и т.д.) должны соответствовать информации в реестрах счетов.

# **15. Особенности формирования КСГ st12.012 "Грипп, вирус гриппа идентифицирован"**

Отнесение к данной КСГ производится по комбинации кода МКБ-10 и кодов Номенклатуры. При идентификации вируса гриппа другими методами (закодированными как услуги, не являющиеся классификационными критериями отнесения случая к КСГ st12.012) и при неидентифицированном вирусе гриппа случай классифицируется в КСГ st12.010 "Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые" или КСГ st12.011 "Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети" в зависимости от возраста пациента.

# **16. Особенности формирования КСГ для случаев лечения неврологических заболеваний с применением ботулотоксина в условиях дневного стационара (ds15.002.001-ds15.003.020)**

Формирование групп осуществляется по коду МКБ-10 в сочетании с кодом Номенклатуры A25.24.001.002 (Назначение ботулинического токсина при заболеваниях периферической нервной системы) и кодом иного классификационного критерия, согласно приложению №35/1 к настоящему Тарифному соглашению, который отражает суммарное количество единиц действия ботулинического токсина, соответствующее дозе препарата, указанной в первичной медицинской документации пациента.