Приложение 2.2

к Тарифному соглашению от 21 декабря 2015г

 **Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара**

Оплата медицинской помощи в круглосуточном стационаре осуществляется по стоимости случая лечения, входящего в соответствующую клинико-статистическую группу (КСГ), кроме медицинской реабилитации и высокотехнологичной медицинской помощи.

Формирование КСГ определяется «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», направленными письмом Министерством здравоохранения РФ и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 15.12.2014 №11-9/10/2-9454 «О способах оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Основные классификационные критерии, определяющие формирование КСГ:

1. Диагноз (код диагноза в соответствии с международной классификацией болезней 10 пересмотра (МКБ -10);

2. Хирургическая операция и/или другой применяемый специальный метод лечения, сложная медицинская технология (код в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.12.2011 №1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»), при наличии.

Дополнительные классификационные критерии:

1.Возрастная категория пациента (1 – до 28 дней, 2 – до 90 дней, 3 – до 18 лет);

2. Сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ-10);

3. Пол (М - мужской, Ж - женский);

4. Длительность лечения.

При наличии хирургических операций и/или других применяемых специальных методов лечения и сложных медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ заболеваний осуществляется в соответствии с кодом номенклатуры медицинских услуг, указанной в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.12.2011 №1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее – Номенклатуры).

В случае применения у пациента нескольких хирургических операций и/или специальных методов лечения и сложных медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по клинико-статистической группе, имеющей более высокий коэффициент относительной затратоемкости.

При отсутствии хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10.

Если пациенту оказывалось оперативное лечение и затратоемкость группы, к которой был отнесен данный случай в соответствии с кодом Номенклатуры, меньше затратоемкости группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом МКБ-10, оплата осуществляется по группе с наибольшим коэффициентом.

Данный подход не применяется для приведенных ниже комбинаций КСГ (таблица 1). При наличии операции, соответствующей приведенным ниже КСГ, отнесение случая должно осуществляться только на основании кода услуги Номенклатуры. Отнесение данного случая на основании кода диагноза МКБ-10 к терапевтической группе исключается.

 Таблица 1

| КСГ, к которой случай мог бы относиться на основании кода диагноза по МКБ-10 | КСГ, к которой случай должен быть отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре |
| --- | --- |
| № КСГ | Наименование КСГ по диагнозу | № КСГ | Наименование КСГ по услуге |
| 7 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов | 13 | Операции на женских половых органах (уровень 1) |
| 7 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов | 14 | Операции на женских половых органах (уровень 2) |
| 8 | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов | 13 | Операции на женских половых органах (уровень 1) |
| 22 | Неинфекционный энтерит и колит | 64 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1) |
| 81 | Дорсопатии, спондилопатии, переломы позвоночника | 193 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1) |
| 81 | Дорсопатии, спондилопатии, переломы позвоночника | 196 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2) |
| 143 | Болезни глаза | 138 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| 166 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети | 245 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| 244 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые | 245 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| 200 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов | 37 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1) |
| 226 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани | 211 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) |

**Порядок оплаты сверхкоротких и прерванных случаев лечения, в том числе при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации, либо между медицинскими организациями**

Сверхкороткими случаями считаются случаи госпитализации с длительностью менее 3 дней.

Если пациенту была выполнена хирургическая операция или иное медицинское вмешательство, которые являются основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

Если основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз (операция или иное медицинское вмешательство не выполнялось), случай оплачивается в размере 30% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ.

Исключение составляют КСГ, перечень которых представлен в таблице 2.

 Таблица 2

**КСГ, оплата которых осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения**

| № КСГ | Наименование КСГ |
| --- | --- |
| 4 | Родоразрешение |
| 5 | Кесарево сечение |
| 8 | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов |
| 9 | Беременность, закончившаяся абортивным исходом |
| 11 | Искусственное прерывание беременности (аборт) |
| 13 | Операции на женских половых органах (уровень затрат 1) |
| 14 | Операции на женских половых органах (уровень затрат 2) |
| 20 | Ангионевротический отек, анафилактический шок |
| 134 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| 135 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| 138 | Операции на органе зрения (уровень затрат 1) |
| 159 | Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения |
| 177 | Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1) |
| 226 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани |
| 245 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, в случае, если это обусловлено возникновением 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.

При этом 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 коэффициентом. Исключение составляет класс XV «Беременность, роды и послеродовый период». При переводе из отделения патологии беременности в родильное отделение, оплата производится следующим образом: при пребывании в отделении патологии беременности в течение не более 1-х суток, оплата производится только по тарифу КСГ родильного отделения; при пребывании пациентки в ОПБ в течение 2-х суток и более оплата производится по двум КСГ (по обоим отделениям) с учетом сверхкоротких случаев.

При переводе из круглосуточного стационара в дневной, оплата производится раздельно по каждому подразделению с учетом различной базовой ставки финансирования медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара и дневного стационара, и длительности пребывания в каждом из них (при наличии сверхкоротких случаев). Коды КСГ по круглосуточному и дневному стационару при переводах могут быть как одинаковы, так и различны (из-за объективно разного объема медицинской помощи). Коды Номенклатуры, являющиеся основным классификационным критерием при выборе КСГ, должны быть указаны в индивидуальном электронном счете по тому подразделению, в котором они были непосредственно выполнены (например, код оперативного вмешательства указывается в счете круглосуточного хирургического стационара и не указывается в счете за лечение в условиях дневного стационара, куда пациент был переведен на долечивание). В таких случаях переводов клинико-статистические группы по круглосуточному и дневному стационару будут различаться.

**Особенности формирования отдельных КСГ**

**(с учетом дополнительных критериев)**

1.Дополнительные критерии отнесения: комбинация диагнозов плюс диагноз, характеризующий тяжесть состояния.

**КСГ 192 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)»**

В эту группу относятся травмы в двух и более анатомических областях (голова, шея, позвоночник, грудная клетка, живот, таз, конечности – минимум 2 кода МКБ-10) или один диагноз множественной травмы + как минимум один из нижеследующих диагнозов: J95.1, J95.2, J96.0, N17, T79.4, R57.1, R57.8. Распределение кодов МКБ-10, участвующих в формировании клинико-статистической группы 192 «Политравма», по анатомическим областям приведено в таблице 3.

 Таблица 3

| Код анатомич. области | Анатомическая область | Коды МКБ-10 |
| --- | --- | --- |
| Т1 | Голова, шея | S02.0, S02.1, S04.0, S05.7, S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7, S07.0, S07.1, S07.8, S09.0, S11.0, S11.1, S11.2, S11.7, S15.0, S15.1, S15.2, S15.3, S15.7, S15.8, S15.9, S17.0, S17.8, S18  |
| Т2 | Позвоночник | S12.0, S12.9, S13.0, S13.1, S13.3, S14.0, S14.3, S22.0, S 22.1, S23.0, S23.1, S24.0, S32.0, S32.1, S33.0, S33.1, S33.2, S33.4, S34.0, S34.3, S34.4 |
| Т3 | Грудная клетка | S22.2, S22.4, S22.5, S25.0, S25.1, S25.2, S25.3, S25.4, S25.5, S25.7, S25.8, S25.9, S26.0, S27.0, S27.1, S27.2, S27.4, S27.5, S27.6, S27.8, S28.0, S28.1 |
| Т4 | Живот | S35.0, S35.1, S35.2, S35.3, S35.4, S35.5, S35.7, S35.8, S35.9, S36.0, S36.1, S36.2, S36.3, S36.4, S36.5, S36.8, S36.9, S37.0, S38.1, S38.3 |
| Т5 | Таз | S32.3, S32.4, S32.5, S36.6, S37.1, S37.2, S37.4, S37.5, S37.6, S37.8, S38.0, S38.1, S38.2 |
| Т6 | Конечности | S42.2, S42.3, S42.4, S42.8, S45.0, S45.1, S45.2, S45.7, S45.8, S47 , S48.0, S48.1, S48.9, S52.7, S55.0, S55.1, S55.7, S55.8, S57.0, S57.8, S57.9, S58.0, S58.1, S58.9, S68.4, S71.7, S72.0, S72.1, S72.2, S72.3, S72.4, S72.7, S75.0, S75.1, S75.2, S75.7, S75.8, S77.0, S77.1, S77.2, S78.0, S78.1, S78.9, S79.7, S82.1, S82.2, S82.3, S82.7, S85.0, S85.1, S85.5, S85.7, S87.0, S87.8, S88.0, S88.1, S88.9, S95.7, S95.8, S95.9, S97.0, S97.8S98.0  |
| Т7 | Множествен-ная травма | S02.7, S12.7, S32.7, S22.1, S27.7, S29.7, S31.7, S32.7, S36.7, S39.6, S39.7, S37.7, S42.7, S49.7, T01.1, T01.8, T01.9, T02.0, T02.1, T02.2, T02.3, T02.4, T02.5, T02.6, T02.7, T02.8, T02.9, T04.0, T04.1, T04.2, T04.3, T04.4, T04.7, T04.8, T04.9, T05.0, T05.1, T05.2, T05.3, T05.4, T05.5, T05.6, T05.8, T05.9, T06.0, T06.1, T06.2, T06.3, T06.4, T06.5, T06.8, T07  |

**2.Группы, формируемые с учетом возраста пациентов**

 2.1.Дополнительный критерий отнесения: возраст и сопутствующий диагноз.

Для доношенных детей критерием новорожденности является возраст не более 28 дней. Для недоношенных детей (недоношенность обозначается кодами
МКБ-10 сопутствующего диагноза P05.0, P05.1, P05.2, P05.9, P07.0, P07.1, P07.2, P07.3) отнесение к нижеуказанным группам (КСГ) может производиться в период не более 90 дней со дня рождения.

**КСГ 44 «Детская хирургия в период новорожденности»**

 **КСГ 92 «Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций»**

Формирование последней группы осуществляется с применением кодов номенклатуры, указанных в таблице 4:

 Таблица 4

| Код услуги | Наименование услуги |
| --- | --- |
| A16.09.011.003 | Высокочастотная искусственная вентиляция легких |
| A16.09.011.004 | Синхронизированная перемежающаяся принудительная вентиляция легких |

2.2. Дополнительный критерий группировки - возраст менее 18 лет. Применяется в случаях, перечисленных в таблице 5.

 Таблица 5

| № КСГ | Наименование КСГ |
| --- | --- |
| 34 | Врожденные аномалии сердечно-сосудистой системы, дети |
| 35 | Химиотерапия при остром лейкозе, дети |
| 36 | Химиотерапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети |
| 37 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1) |
| 38 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 2) |
| 39 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3) |
| 40 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 1) |
| 41 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 2) |
| 42 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 3) |
| 43 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4) |
| 45 | Аппендэктомия, дети |
| 46 | Операции по поводу грыж, дети (уровень 1) |
| 47 | Операции по поводу грыж, дети (уровень 2) |
| 48 | Сахарный диабет, дети |
| 49 | Другие болезни эндокринной системы, дети |
| 51 | Кишечные инфекции, дети |
| 55 | Сепсис, дети |
| 57 | Другие инфекционные и паразитарные болезни, дети |
| 68 | Воспалительные заболевания ЦНС, дети |
| 145 | Нарушения всасывания, дети |
| 146 | Другие болезни органов пищеварения, дети |
| 147 | Системные поражения соединительной ткани у детей |
| 148 | Врожденные аномалии головного и спинного мозга, дети |
| 149 | Эпилепсия, судороги, дети |

**3. Группы, формируемые с учетом пола пациентов**

Дополнительный критерий отнесения: пол (мужской, женский)

Формирование КСГ в зависимости от пола осуществляется применительно к следующим КСГ:

 Таблица 6

| № КСГ | Наименование КСГ |
| --- | --- |
| 8 | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов |
| 16 | Операции на женских половых органах (уровень 4) |
| 191 | Множественные переломы, травматические ампутации, размозжения и последствия травм |
| 202 | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов  |
| 209 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 4) |

**4. Группы, формируемые с учетом длительности лечения**

При сочетании кодов МКБ-10 О04 «Медицинский аборт» и услуг A16.20.037 и A16.20.079 возможно отнесение случая к одной из двух КСГ:

 Таблица 7

| № КСГ | Наименование КСГ |
| --- | --- |
|  9 | Беременность, закончившаяся абортивным исходом |
| 11 | Искусственное прерывание беременности (аборт) |

В таких случаях дифференцирующим признаком и дополнительным классификационным критерием является длительность пребывания больной. При длительности пребывания менее 3 дней случай относится к КСГ 11, при длительности пребывания 3 дня и более – к КСГ 9.

Коды О03 «Самопроизвольный аборт», О05 «Другие виды аборта», О06 «Аборт неуточненный» даже при оказании услуг A16.20.037 и A16.20.079 относятся к КСГ 9.

 **Расчет стоимости случая лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний**

Стоимость 1 случая лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (Ссл) определяется по формуле:

**Ссл = БС х КЗксг х Кус** х **Купр** х **Кскп**, где

**БС\*** – базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи (средняя стоимость законченного случая госпитализации в круглосуточный стационар: на 2016 год составляет **19755,59 руб.;**

\*В соответствии с приказом Федерального фонда ОМС от 18.11.2014г №200 «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» и «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», утвержденными Министерством здравоохранения РФ и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования 15.12.2014 при расчете базовой ставки учтен коэффициент дифференциации 1,001, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 №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 полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования);

**КЗксг** - коэффициент относительной затратоемкости КСГ (коэффициенты утверждены «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», утвержденными Министерством здравоохранения РФ и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования 15.12.2014).

**Кус** – коэффициент уровня (подуровня) стационара, соответствующий уровню оказания медицинской помощи.

Коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи устанавливаются в разрезе трех уровней оказания медицинской помощи дифференцированно для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций (см. раздел 3 Тарифного соглашения «Размеры и структура тарифов на оплату медицинской помощи).

При определении коэффициентов уровня (подуровня) оказания стационарной медицинской помощи учитывается разница расходов на содержание имущества на единицу объема медицинской помощи, оказанной в круглосуточных стационарах, включенных в различные уровни (подуровни), и в 2016 году в связи с переходом на новый способ оплаты, рекомендованный «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», утвержденными Министерством здравоохранения РФ и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования 15.12.2014, в том числе учтены фактические затраты предыдущего года (когда применялся ранее действовавший метод финансирования стационара).

**Купр** – коэффициент управленческий по КСГ, к которой отнесен данный случай (если данный коэффициент не установлен для конкретной КСГ тарифным соглашением, он считается равным единице).

**Кскп - к**оэффициент сложности курации пациента, до установления Комиссией по формированию территориальной программы случаев его применения и размеров коэффициента не используется (считается равным единице).

Установленные тарифным соглашением коэффициенты уровня (подуровня) стационара МО, управленческие коэффициенты могут изменяться в течение года решением Комиссии по формированию территориальной программы.

Перечень клинико-статистических групп заболеваний с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ и управленческих коэффициентов, применяемых для оплаты медицинской помощи в условиях стационара, указан в приложении 3.2.1 к тарифному соглашению.

 Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, с указанием уровня и подуровня оказания медицинской помощи содержится в приложении 3.2.2 к тарифному соглашению.

Значения коэффициентов уровня и подуровня для стационарной медицинской помощи устанавливаются приложением 3.2.3 к тарифному соглашению.

 **Порядок оплаты высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в перечень видов, подлежащих финансированию из средства ОМС в 2016 году.**

 Оплата оказания высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в перечень видов, подлежащих финансированию из средств обязательного медицинского страхования в 2016 году осуществляется по нормативам финансовых затрат на случай оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

 При разработке КСГ методы лечения, включенные с 2016 года в Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет за счет средств ОМС, утвержденный Постановлением Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 года № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» (далее – Программа), исключены из перечня КСГ и оплачиваются в соответствии с финансовыми нормативами, установленными Программой с применением коэффициента дифференциации к доли заработной платы в стоимости случая оказания ВМП. При этом, если модель пациента отличается от установленной в Программе, то указанный случай лечения оплачивается в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, определенной по коду выполненного метода лечения.

После оказания в медицинской организации, в том числе федеральной медицинской организации, высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по КСГ, формируемой по коду МКБ-10.

 Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи» приведены в приложении 3.2.4

 Расчет стоимости законченного случая ВМП в ОМС: тариф законченного случая ВМП в ОМС, утвержденный в приложении 1 к Постановлению Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 года № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» по группам методов оказания ВМП с применение коэффициента дифференциации 1,001 к доли норматива по заработной плате. Счет по ВМП в ОМС оплачивается за законченный случай по профилю медицинской помощи, № группы ВМП и коду МКБ-10.

**Порядок оплаты законченного случая лечения**

**по профилю «медицинская реабилитация»**

Стоимость законченного случая лечения по профилю «медицинская реабилитация» определяется как произведение утвержденной стоимости 1 койко-дня по профилю «медицинская реабилитация» и фактического количества койко-дней, проведенных пациентом (в пределах длительности лечения, предусмотренной стандартами медицинской помощи по реабилитации). Тарифы 1 койко-дня по профилю «медицинская реабилитация» в зависимости от уровня медицинской организации установлены приложением 3.2.5 к тарифному соглашению. Счет за оказанную помощь формируется по кодам МКБ-10.

Если в структуре отделения выделены койки медицинской реабилитации, то в соответствии с протоколами (клиническими рекомендациями) ведения пациента, в случае перевода пациента с профильной койки на койку медицинской реабилитации счет выставляется за каждый случай лечения с применением своего способа оплаты.

Аналогично рассчитывается стоимость лечения в дневном стационаре по профилю «медицинская реабилитация.