Приложение 5

к Способам оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан

**Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров**

1. Способ оплаты законченного случая лечения в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров на основе КСГ в сочетании с оплатой за отдельную медицинскую услугу (за исключением оплаты законченного случая лечения в стационарных условиях по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи при оказании ВМП в соответствии с перечнем видов ВМП (раздел I Приложения к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382)

1.1. Тариф законченного случая лечения по КСГ определяется по следующей формуле:

Тсл = (БС \*КЗксг \* ПК \* КДРТ,) + ∑МУ где:

БС – размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ, в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров – базовая ставка (далее – базовая ставка);

КЗксг – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай;

ПКсл – поправочный коэффициент оплаты для данного случая;

КДРТ - коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года №  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». Для Республики Татарстан КДРТ = 1;

∑МУ – оплата медицинской помощи за услугу при проведении услуг диализа с учетом применения различных методов. Стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

Базовые ставки при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров приведены в таблице 2 Приложения 1 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи и таблице 2 Приложения 2 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи и соответственно.

Поправочный коэффициент оплаты для конкретного случая рассчитывается с учетом установленных коэффициентов оплаты по следующей формуле:

ПК = Кусмо \* Кслп , где:

Кусмо – коэффициент подуровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневных стационаров медицинской организации;

Кслп – коэффициент сложности лечения пациента.

Коэффициенты подуровня оказания медицинской помощи и коэффициенты сложности лечения пациента в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров приведены в таблицах 3, 4 Приложения 1 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи и таблицах 3, 4 Приложения 2 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи соответственно.

Для отдельных КСГ при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров, указанных в таблицах 1, 1.1 Приложения 2 к Способам оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках Территориальной программы ОМС, коэффициент подуровня оказания медицинской помощи в медицинской организации (Кусмо) не применяется.

1.2. Перечень КСГ в соответствии с МКБ-10 и Номенклатурой медицинских услуг (далее – Номенклатура), утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.12.2011 №1664н (в редакции приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.10.2013 №794н), при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара приведены в таблице 1 Приложения 1 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи и таблице 1 Приложения 2 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи и соответственно.

Перечень и тарифы услуг при проведении услуг диализа с учетом применения различных методов приведены в таблице 4 Приложения 5 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

1.3. При наличии хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной клинико-статистической группе заболеваний осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры.

При наличии нескольких хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ заболеваний, которая имеет более высокий коэффициент относительной затратоемкости. В ряде случаев отнесение случая к той или иной КСГ может осуществляться с учетом кода диагноза по МКБ 10.

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 относительной затратоёмкости.

Исключение составляют следующие комбинации КСГ, когда вышеизложенный принцип оплаты не применяется для КСГ в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров:

Перечень КСГ в стационарных условиях, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза по МКБ 10 и услуги из Номенклатуры

| Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ | | | Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование КСГ, сформированной по услуге | КЗ | № | Наименование КСГ, сформированной по диагнозу | КЗ |
| 11 | Операции на женских половых органах (уровень 1) | 0,39 | 9 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов | 0,89 |
| 12 | Операции на женских половых органах (уровень 2) | 0,58 | 9 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов | 0,89 |
| 11 | Операции на женских половых органах (уровень 1) | 0,39 | 10 | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов | 0,46 |
| 73 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1) | 0,84 | 18 | Воспалительные заболевания кишечника | 2,01 |
| 74 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2) | 1,74 | 18 | Воспалительные заболевания кишечника | 2,01 |
| 154 | Операции на органе зрения (уровень 1) | 0,49 | 160 | Болезни глаза | 0,51 |
| 281 | Операции на органах полости рта (уровень 1) | 0,74 | 280 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые | 0,89 |
| 281 | Операции на органах полости рта (уровень 1) | 0,74 | 188 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети | 0,79 |
| 226 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1) | 1,2 | 223 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов | 0,64 |
| 34 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1) | 0,97 | 225 | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов | 0,67 |
| 237 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) | 0,55 | 252 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани | 0,66 |

Перечень КСГ для дневных стационаров, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза по МКБ 10 и услуги из Номенклатуры

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ | | | Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги | | |
| № | Наименование КСГ, сформированной по услуге | КЗ | № | Наименование КСГ, сформированной по диагнозу | КЗ |
| 3 | Операции на женских половых органах (уровень 1) | 0,71 | 1 | Осложнения беременности, родов, послеродового периода | 0,83 |
| 88 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень1) | 0,75 | 80 | Заболевания опорно-двигательного аппарата | 1,05 |
| 101 | Операции на органах полости рта (уровень 1) | 0,92 | 74 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети | 0,98 |
| 6 | Искусственное прерывание беременности (аборт) | 0,33 | 1 | Осложнения беременности, родов, послеродового периода | 0,83 |

1.4. В случае перевода пациента из круглосуточного стационара в дневной в пределах одной медицинской организации в целях соблюдения этапности оказания медицинской помощи (долечивания) по поводу заболеваний, отнесенных к одному классу МКБ-10, оплате подлежит один случай лечения – по стоимости КСГ в стационарных условиях с учетом общего срока госпитализации в стационарных условиях и в условиях дневного стационара. Дата выписки пациента из круглосуточного стационара должна предшествовать дате поступления в дневной стационар.

При переводах в пределах одной медицинской организации и заболеваниях, относящихся к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, за исключением случаев, указанных в пункте 1.5.

1.5. Оплате подлежат оба случая лечения по соответствующим кодам КСГ:

- при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, в случае, если это обусловлено возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс по МКБ-10, и если заболевание не является следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, оба случая подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом дата перевода пациента из одного профильного отделения должна соответствовать дате поступления в другое профильное отделение;

- при переводе пациента с целью оказания медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» из профильного отделения в специализированное реабилитационное отделение этой же медицинской организаций (при наличии установленного по кодам КСГ 300.1 – 308 в стационарных условиях и по кодам КСГ 111.1 – 118 в условиях дневного стационара планового задания);

- в случаях лечения, обусловленных патологией беременности продолжительностью 6 дней и более в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи женщинам в период беременности по профилю «акушерство и гинекология», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 №572 н (код КСГ в стационарных условиях № 2) с последующим родоразрешением (коды КСГ в стационарных условиях № 4, 5). В указанных ситуациях по КСГ первого случая указывается код результата обращения 104 «Переведен на другой профиль коек».

1.6. При переводе пациента из одной медицинской организации в другую, вне зависимости от условий оказания медицинской помощи, с заболеваниями, отнесенными к одной либо к разным КСГ, оплате подлежат оба случая лечения.

1.7. Оплата обоснованных сверхдлительных случаев госпитализации в стационарных условиях производится по законченному случаю по КСГ с применением соответствующего коэффициента сложности лечения пациента.

Критерием отнесения случая к сверхдлительным является нахождение в отделении круглосуточного стационара с непрерывным сроком свыше 30 дней (45 дней по перечню КСГ, приведенному в таблице 2 Приложения 2 к Способам оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках Территориальной программы ОМС).

В случае получения пациентом медицинской помощи в стационарных условиях при госпитализации в течение 2016 года и по состоянию на 31.12.2016 с длительностью госпитализации 180 календарных дней и более, случай считается условно законченным и подлежит оплате по правилам оплаты сверхдлительных сроков госпитализации за фактическое количество дней госпитализации с результатом обращения «109 – лечение продолжено». Последующее лечение подлежит оплате по правилам и тарифам, установленным на соответствующий календарный год.

Случаи лечения, превышающие 366 дней (при госпитализации пациентов до 01.01.2016) по состоянию на 31.12.2016, оплачиваются в объеме не более 366 дней за весь период лечения.

1.8. Коэффициент сложности лечения пациента устанавливается к отдельным случаям оказания медицинской помощи, приведенным в таблице 4 Приложения 1 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

Суммарное значение коэффициента сложности лечения пациента (далее – КСЛПсумм) при наличии нескольких критериев (за исключением сверхдлительных сроков госпитализации в стационарных условиях) определяется по формуле:

КСЛПсумм = КСЛП1+ (КСЛП2-1)+(КСЛПn-1)

При этом суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8.

В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное суммарное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется по аналогичной формуле без ограничения итогового значения.

При сверхдлительных сроках госпитализации (более 30 дней/45 дней по отдельным КСГ), обусловленных медицинскими показаниями, оплата производится с применением коэффициента сложности лечения пациента (Кслп), учитывающего компенсацию расходов на медикаменты и расходные материалы в основных (лечебных) отделениях, в отделении (палате) интенсивной терапии и реанимации, на питание больного и т.д. Значение коэффициента определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней по формуле:

, где

ФКД – фактическое количество койко-дней;

НКД – нормативное количество койко-дней (30дней, 45 дней по перечню КСГ согласно таблице 2 Приложения 2 к Способам оплаты;

Кдл - коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов, в размере 0,25.

1.9. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневных стационаров по утвержденной стоимости законченного случая лечения заболеванияв разрезе КСГ, производится по персонифицированным реестрам счетов в соответствии с утвержденной базовой ставкой финансирования в стационарных условиях или в условиях дневных стационаров и поправочными коэффициентами. В процессе расчета поправочного коэффициента оплаты случая по КСГ производится округление итогового значения до четырех знаков после запятой. В процессе расчета тарифа случая лечения по КСГ производится округление до целых копеек.

1.10. Стоимость законченного случая лечения по КСГ включает в себя стоимость оказания медицинской помощи в основных (лечебных) отделениях, в отделении (палате) интенсивной терапии и реанимации, диагностических инструментальных и лабораторных исследований, в т.ч. РКТ, МРТ, ангиографии, коронарографии и др., по всем видам затрат, предусмотренным по Территориальной программе ОМС.

1.11. Оплата законченного случая лечения по КСГ при нахождении больного на койке менее 4-х дней в стационарных условиях и условиях дневных стационаров (без учета исхода госпитализации) производится:

- в размере 50% от стоимости законченного случая по КСГ, определенной для данного больного, если основным классификационным критерием является диагноз в соответствии с МКБ-10;

- в размере 85% от стоимости законченного случая по КСГ, определенной для данного больного, если основным классификационным критерием является хирургическая операция и/или другой применяемый специальный метод лечения, сложная медицинская технология в соответствии с Номенклатурой.

Случаи оказания медицинской помощи по КСГ в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, приведенные в таблицах 3 и 3.1 приложения 2 к Способам оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках Территориальной программы ОМС, являются исключением и оплачиваются в размере 100% от стоимости законченного случая независимо от длительности лечения.

1.12 Оплата законченных случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация (КСГ 300.2, 301 и 302.2 в стационарных условиях и КСГ 111.2, 112.2 и 113.2 в условиях дневных стационаров) осуществляется при выполнении не менее трех дополнительных медицинских услуг, указанных по соответствующим КСГ в графе «МКБ2 / Услуга 2» таблице 1 Приложения 1 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи и таблице 1 Приложения 2 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

1.13. При проведении постоянной заместительной почечной терапии методом гемодиализа, оказываемого в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу. При этом, стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

При проведении постоянной заместительной почечной терапии методом гемодиализа, оказываемого в условиях дневных стационаров в соответствии с установленным плановым заданием в центрах (отделениях) гемодиализа пациентам с диагнозом «хроническая почечная недостаточность», оплата производится по КСГ 41 «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ»[[1]](#footnote-1), при этом процедуры диализа оплачиваются с учетом их фактического количества дополнительно к случаю лечения по КСГ 41.

Учитывая пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество процедур в месяц у подавляющего большинства пациентов за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения. При этом, в период лечения пациент обеспечивается всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. В случае если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях в порядке, изложенном в пункте 1 Приложения 6 к Способам оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан.

В стационарных условиях по КСГ 112 «Почечная недостаточность», оплачиваются случаи лечения пациентов с острым и устойчивым нарушением функции почек (острая почечная недостаточность и хронические болезни почек) и нуждающихся в проведении диализа, при этом кроме услуг диализа, оплачиваемых с учетом их фактического количества дополнительно к случаю лечения по КСГ 112, осуществляется комплексное лечение, направленное на профилактику осложнений диализа у данных пациентов, и/или проведение диагностических мероприятий, динамическое наблюдение за пациентом врачом специалистом или средним медицинским персоналом (в том числе измерение температуры тела, артериального давления, пульса и т.д.), с соответствующей записью в медицинской карте стационарного больного и/или в температурном листе (форма 004/у), в листе врачебных назначений, где зафиксирована выдача пациентам лекарственных препаратов для продолжения лечения. К законченному случаю относится лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

Тарифы услуг диализа приведены в таблице 4 Приложения 5 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

1.14. Оплата случая лечения больных хроническим вирусным гепатитом С, получающих лечение в условии дневного стационара, осуществляется:

- по КСГ 22 «Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3» с указанием кода основного диагноза В18.2 «Хронический вирусный гепатит С»;

- по КСГ 23 «Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3»;

- по КСГ 24 «Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 1, 4».

Условием оплаты по данным КСГ является обязательное указание кода основного диагноза В18.2 «Хронический вирусный гепатит С» и одного из кодов сопутствующего диагноза К74.3 «Первичный билиарный цирроз», К74.4 «Вторичный билиарный цирроз», К74.5 «Билиарный цирроз неуточненный», К74.6 «Другой и неуточненный цирроз печени».

Кроме того, основным классификационным критерием отнесения случаев к КСГ 22-24 является указание кода медицинских услуг в соответствии с Номенклатурой:

| Код услуги | Наименование услуги |
| --- | --- |
| A25.14.004.001 | Назначение лекарственной терапии с применением интерферонов[[2]](#footnote-2) при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 1 |
| A25.14.004.002 | Назначение лекарственной терапии с применением ингибиторов4 протеаз при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 1 |
| A25.14.004.003 | Назначение лекарственной терапии с применением прочих противовирусных препаратов4 при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 1 |
| А25.14.005.001 | Назначение лекарственной терапии с применением интерферонов4 при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 2 |
| А25.14.006.001 | Назначение лекарственной терапии с применением интерферонов4 при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 3 |
| A25.14.007.001 | Назначение лекарственной терапии с применением интерферонов4 при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 4 |
| A25.14.007.002 | Назначение лекарственной терапии с применением ингибиторов протеаз4 при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 4 |
| A25.14.007.003 | Назначение лекарственной терапии с применением прочих противовирусных препаратов4 при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 4 |

Учитывая длительный характер проводимого лечения, а также алгоритм проведения лабораторного мониторинга, оплата законченного случая лечения по указанным КСГ производится ежемесячно.

1.15. При оказании больному в период одной госпитализации медицинской помощи, оплачиваемой как на основе КСГ, так и по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи при оказании ВМПпо перечню видов ВМП Приложения (раздел I) к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382, оплате подлежит один случай лечения (вне зависимости от движения пациента по отделениям (профилям коек) по правилам, принятым в соответствии с пунктом 2 настоящего приложения.

В случае если пациенту оказана высокотехнологичная медицинская помощь по перечню видов ВМП Приложения (раздел I) к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382 (далее – видов ВМП ОМС), и модель пациента отличается от установленной в указанном перечне, - оплата производится в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, определенной по коду выполненного метода лечения, в порядке, изложенном в настоящем пункте. При этом размер тарифа на оплату медицинской помощи, рассчитанный по КСГ с учетом применения поправочных коэффициентов (за исключением коэффициента сложности лечения пациента), не может превышать норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления ВМП по соответствующему методу.

1.16. Случай повторной госпитализации пациента с одним и тем же диагнозом, входящим в одну рубрику МКБ-10, в течение 90 дней после выписки из стационара оплачивается по результатам экспертизы качества медицинской помощи (медико-экономической экспертизы). Исключение составляют следующие случаи:

- прогрессирование заболевания в силу индивидуальных особенностей течения патологического процесса или ухудшение состояния больного, обусловленное невыполнением пациентом рекомендаций при выписке, в том числе по лечению на амбулаторном этапе;

- госпитализация с целью соблюдения порядков оказания и (или) стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения);

- проведение в стационарных условиях медицинских вмешательств (медицинских услуг), которые невозможно провести на амбулаторном этапе.

1.17. В случае оказания экстренной (неотложной) медицинской помощи в стационарных условиях медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, пациентам, находящимся по решению суда на принудительном лечении в психиатрическом стационаре, оплате подлежит случай лечения по КСГ при нахождении данных пациентов в медицинской организации, участвующей в реализации Территориальной программы ОМС, и все койко-дни нахождения пациента в психиатрическом стационаре, включая койко-дни его нахождения в круглосуточном стационаре медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС.

1.18. Оплата медицинской помощи, оказанной пациентам, поступившим в круглосуточные и дневные стационары до 1 января 2016 года, а выписавшимся в 2016 году, производится в объеме стоимости утвержденного планового задания на 2016 год в соответствии со способами оплаты и по тарифам, действующим на дату выписки.

2. Способ оплаты при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи при оказании ВМП по перечню видов ВМП Приложения (раздел I) к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 №1382.

2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи при оказании ВМП по перечню видов ВМП ОМС(далее – нормативы финансовых затрат)производится по персонифицированным реестрам счетов по утвержденным в установленном порядке нормативам финансовых затрат перечня видов ВМП (содержащего в том числе методы лечения).

Нормативы финансовых затрат перечня видов ВМП (содержащего в том числе методы лечения)приведены в Приложении 3 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

2.2. При необходимости одному пациенту может быть оказано более одного вида ВМП (содержащего в том числе методы лечения) за счет средств ОМС, при этом:

- если пациенту оказано более одного метода лечения в пределах одного вида ВМП – оплате подлежит один случай оказания ВМП;

- если пациенту оказано более одного метода лечения, относящегося к разным видам ВМП – оплате подлежит количество случаев оказания ВМП, равное количеству оказанных видов ВМП.

Все виды ВМП ОМС (содержащие в том числе методы лечения) указываются в законченном случае лечения в одной позиции реестра счета.

1. при указании МКБ-Х Z49.1 «экстракорпоральный диализ» или Z49.2 «другой вид диализа» и одной из медицинских услуг:

   - А25.28.001.001 «Назначение лекарственной терапии с применением препаратов железа, больным с почечной недостаточностью, в том числе находящимся на диализе»,

   - A25.28.001.002 «Назначение лекарственной терапии с применением антианемических средств (стимуляторов эритропоэза), больным с почечной недостаточностью, в том числе находящимся на диализе»,

   - A25.28.001.003 «Назначение лекарственной терапии с применением антипаратиреоидных средств, больным находящимся на диализе»,

   - A25.28.001.004 «Назначение лекарственной терапии с применением препаратов витамина D и его аналогов, больным с почечной недостаточностью, в том числе находящимся на диализе»,

   - A25.28.001.005 «Назначение лекарственной терапии с применением аминокислот, включая комбинации с полипептидами, больным с почечной недостаточностью, в том числе находящимся на диализе»,

   - A25.28.001.006 «Назначение лекарственной терапии с применением препаратов для лечения гиперкальциемии, гиперкалиемии и гиперфосфатемии больным с почечной недостаточностью, в том числе находящимся на диализе». [↑](#footnote-ref-1)
2. Название услуги включает наименование группы лекарственного препарата согласно анатомо-терапевтическо-химической (АТХ) классификации, диагноз (хронический гепатит В или С), для гепатита С – указание на генотип вируса. В медицинской организации при назначении конкретного лекарственного препарата определяется его принадлежность к АТХ-группе и выбирается соответствующая услуга для кодирования. Закодированная услуга в дальнейшем в комбинации с диагнозом служит критерием отнесения к КСГ 21-24 дневного стационара.

   Например, применение препарата, который согласно АТХ-классификации относится к группе «Прочие противовирусные препараты», кодируется услугами A25.14.004.003 «Назначение лекарственной терапии с применением прочих противовирусных препаратов при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 1» или A25.14.007.003 «Назначение лекарственной терапии с применением прочих противовирусных препаратов при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 4». [↑](#footnote-ref-2)