

ПОРЯДОК ОПЛАТЫ
медицинской помощи, предоставляемой в рамках Территориальной
программы обязательного медицинского страхования
Кабардино-Балкарской Республики с 01.01.2018 г.

1. Общие положения

1.1. Порядок оплаты медицинской помощи (далее – Порядок), устанавливает общие принципы оплаты медицинской помощи, предоставляемой медицинскими организациями республики в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Кабардино-Балкарской Республики.

1.2. На территории Кабардино-Балкарской Республики (далее – КБР) действует единая система оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования КБР.

1.3. Оплата за оказанную медицинскую помощь производится в соответствии с номенклатурой работ и услуг, определенных лицензией медицинской организации.

1.4. Оплата медицинских услуг производится на основании представленных медицинской организацией счетов и реестров счетов в пределах объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования КБР, по способам оплаты и по тарифам на медицинские услуги, утверждёнными Тарифным соглашением на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории КБР на текущий год (далее – Тарифное соглашение).

1.5. При невозможности предоставления медицинских услуг определенного вида и объема, требуемого для выполнения стандарта оказания медицинской помощи, медицинская организация обеспечивает оказание необходимой медицинской помощи пациенту в другой (их) медицинской (их) организации (ях), оплатив ей (им) в дальнейшем стоимость данной (ых) услуги (услуг) согласно договору, заключенному между сторонами.

1.6. Оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами КБР, производится в соответствии с разделом IX Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011г. № 158н.

1.7. Медицинская помощь военнослужащим Министерства обороны РФ, Федеральной службы безопасности РФ, Федерального агентства правительственной связи и информации при Президенте РФ, Федеральной службы охраны РФ, Службы внешней разведки РФ, Федеральной пограничной службы РФ, Министерства юстиции РФ и других федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная служба, оказывается в соответствии с постановлением Правительства РФ от 31.12.2004г. № 911 «О порядке оказания медицинской помощи, санаторно-курортного обеспечения и осуществления отдельных выплат некоторым категориям военнослужащих, сотрудникам правоохранительных органов и членам их семей, а также отдельным категориям граждан, уволенных с военной службы».

Медицинская помощь сотрудникам органов внутренних дел оказывается в соответствии с постановлением Правительства РФ от 30.12.2011г. № 1232 «О порядке оказания сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, отдельным категориям граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел, и членам их семей медицинской помощи и их санаторно-курортного обеспечения».

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, осуществляется Фондом социального страхования Российской Федерации за счет средств обязательного социального страхования в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 года N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" (в ред. Федерального закона от 28.12.2016 N 493-ФЗ).

Медицинская помощь, оказанная категориям граждан, указанным в п. 1.7 не подлежит оплате за счет средств обязательного медицинского страхования.

1.8. Медицинская помощь, оказанная ребенку до даты государственной регистрации рождения и получения полиса ОМС на него, оплачивается на основании данных полиса ОМС матери или другого законного представителя ребенка.

1.9. Оплата медицинской помощи, оказанной иностранным гражданам и лицам без гражданства в медицинских организациях на территории КБР, осуществляется в соответствии с федеральным законодательством: ст.19 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21.11.2011г. №323-ФЗ; Постановлением Правительства РФ от 06.03.2013 г. №186 «Об утверждении правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации».

1.10. Лицам, имеющим удостоверение беженца, свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, а также имеющим свидетельство о предоставлении временного убежища, право на

медицинскую помощь предоставляется в соответствии с Федеральным законом от 19.02.1993 №4528-1 (в редакции от 22.12.2014г.) «О беженцах».

1.11. При замене застрахованным лицом страховой медицинской организации в период лечения оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется страховой медицинской организацией, в которой гражданин застрахован на момент завершения лечения;

2. Порядок оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях

2.1. Для оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях на территории КБР применяются следующие способы оплаты:

- для медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, – по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);
- для медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);
- для оплаты дорогостоящих видов лечебно-диагностических услуг (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, дуплексное сканирование сосудов головы и шеи, молекулярная диагностика аллергии, перитонеальный диализ, гемодиализ в амбулаторных условиях, молекулярно-биологическое исследование (МБИ) на определение вируса и генотипа гепатита С (качественное и количественное), молекулярно-биологическое исследование (МБИ) на определение вируса гепатита В (качественное и количественное), пренатальная диагностика (УЗИ-скрининг) – за медицинскую услугу по утвержденным тарифам;
- для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими работниками школьных и дошкольных учреждений, – по подушевому нормативу финансирования;
- для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами КБР, – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) по утверждённому тарифам.

По подушевому нормативу финансирования оплачивается первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная медико-санитарная помощь, оказанная медицинскими организациями сферы ОМС КБР лицам, застрахованным на территории КБР и прикрепившимся к медицинской организации для обслуживания в соответствии с «Регламентом прикрепления и учета граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики, с использованием региональных информационных систем», утвержденным

совместным приказом Министерства здравоохранения и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики от 01.03.2017г. №39-П/60 (далее – Регламент), по состоянию на первое число отчетного месяца.

Вся работа по прикреплению и откреплению застрахованных лиц должна осуществляться в соответствии с Регламентом.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц с учетом половозрастного коэффициента включаются расходы на финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи, оказанной при профилактических посещениях и обращениях (законченный случай).

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются:

- расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению диспансеризации и профилактических осмотров взрослого населения, медицинских осмотров несовершеннолетних, диспансеризации детей-сирот;
- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;
- расходы на медицинскую помощь, оказанную в неотложной форме;
- расходы на дорогостоящие виды лечебно-диагностических услуг (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, дуплексное сканирование сосудов головы и шеи, перитонеальный диализ, гемодиализ в амбулаторных условиях, гемодиализация в амбулаторных условиях, молекулярная диагностика аллергии, молекулярно-биологическое исследование (МБИ) на определение вируса и генотипа гепатита С (качественное и количественное), молекулярно-биологическое исследование (МБИ) на определение вируса и гепатита В (качественное и количественное), пренатальная диагностика (УЗИ-скрининг);
- расходы на оплату стоматологической помощи.

Оплата медицинской помощи, оказанной в виде посещений или обращений в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц, будет осуществляться ежемесячно по дифференцированному подушевому нормативу финансирования, исходя из количества прикрепившихся лиц по состоянию на первое число отчетного месяца.

При формировании счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты, в реестрах счетов отражаются все единицы объёма с указанием размеров установленных тарифов.

При включении в реестр оказанной медицинской помощи позиции по профилактическому посещению способ оплаты указывать «По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за посещение» (код 26), позиции по обращению – «По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за обращение (законченный случай)» (код 27);

При этом, медицинские организации, финансируемые по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, в реестрах по посещениям и обращениям стоимость оказанной медицинской помощи указывают равной 0.

При проведении МЭК, МЭЭ и ЭКМП оказанной медицинской помощи неоплата или неполная оплата медицинских услуг, а также взыскание с медицинской организации штрафов осуществляется СМО в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (Приложение 28 к Тарифному соглашению от 28.12.2017г.).

Уменьшение оплаты по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи для медицинских организаций, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, производится со стоимости единицы объема медицинской помощи – посещения, обращения, утвержденных Тарифным соглашением от 28.12.2017г.

При проведении МЭК реестров счетов медицинских организаций, использующих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, при подтверждении факта оказания медицинской помощи застрахованному лицу, не прикрепленному к данной медицинской организации, при снятии с оплаты данного случая применять код 5.1.4. Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в медицинских организациях сферы ОМСКБР – некорректное заполнение полей реестра счетов;

Сумма, принятая к оплате СМО по счету от МО, использующих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц при оказании первичной медико-санитарной помощи, не должна превышать сумму, утвержденную по подушевому нормативу финансирования для данной МО за отчетный период.

Исправленные реестры при оплате по подушевому нормативу финансирования предъявляются страховым медицинским организациям в утвержденном порядке.

Проведение МЭК исправленных счетов и реестров счетов при оплате по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц осуществляется аналогично МЭК основного счета и реестра счета.

При этом СМО необходимо учитывать, что сумма, принятая к оплате по исправленному счету не может превышать сумму, снятую по результатам МЭК основного счета.

При превышении суммы, предъявленной к оплате в исправительном счете, снятие производить по коду 5.3.2. Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в медицинских организациях сферы ОМС КБР – предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением Комиссии по разработке территориальной программы.

Оказание первичной медико-санитарной помощи включает: услуги врачебных осмотров (осмотров среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации), назначенные по их результатам и зафиксированные в медицинской карте пациента лечебные, диагностические услуги (в том числе клиничко-диагностические, биохимические, бактериологические, цитологические, иммунносерологические исследования и т.п., диагностика лучевая, функциональная, эндоскопическая и т.п.), услуги вспомогательных служб (процедурный кабинет, в отделении физиотерапии – кабинеты по видам физиотерапевтической помощи, в том числе кабинет массажа, лечебной физкультуры и т.п.) и т.д. в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н.

В качестве учетной единицы для оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях принимается:

2.1.1. Профилактическое посещение:

а) посещение с профилактической целью:

- в Центрах здоровья (впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования и в связи с динамическим наблюдением в Центре здоровья);

- в связи с диспансерным наблюдением;

- в связи с медицинскими осмотрами при проведении профилактических прививок;

- в связи с патронажем;

б) посещение с иными целями:

- разовые посещения по поводу заболевания, динамического наблюдения в период беременности при физиологическом течении не более 1

раза в месяц при сроке беременности до 30 недель, не более 2 раз в месяц при сроке беременности более 30 недель);

- разовые посещения по поводу динамического наблюдения в период беременности с отягощенным анамнезом (гинекологическим, акушерским) при физиологическом течении (количество посещений по мере необходимости-в зависимости от состояния беременной по решению лечащего врача);

- посещения, связанные с назначением диагностического обследования, направлением на консультацию, госпитализацию, получением справок установленного образца, санаторно-курортной карты и других медицинских документов);

При использовании тарифа на 1 профилактическое посещение на приеме у специалистов (врачей) амбулаторно-поликлинических учреждений КБР в системе ОМС на 2018 год в реестрах медицинской помощи указывать способ оплаты – за посещение в поликлинике (код 29)» – для медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, и при формировании реестров в рамках межтерриториальных расчетов.

2.1.2. Обращение по поводу заболевания, представляющее собой законченный случай лечения заболевания (кратностью 2 и более посещений).

Учет объемов медицинской помощи ведется в обращениях и посещениях внутри обращения.

При использовании тарифа на 1 обращение по поводу заболевания в амбулаторно-поликлинических учреждениях КБР в системе ОМС на 2018 год в реестрах медицинской помощи указывать способ оплаты – за обращение (законченный случай) в поликлинике (код 30)» – для медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, и при формировании реестров в рамках межтерриториальных расчетов.

2.1.3. Посещение в связи с оказанием неотложной медицинской помощи.

При использовании тарифа на посещение неотложной медицинской помощи в реестрах медицинской помощи указывать способ оплаты – за посещение в связи с оказанием неотложной помощи (код 41) – для всех медицинских организаций, оказывающих неотложную медицинскую помощь

2.1.4. Комплексное посещение:

- законченный случай диспансеризации детей-сирот;
- законченный случай профилактического медицинского осмотра взрослого населения;

- законченный случай диспансеризации определенных групп взрослого населения (I и II этапы), при этом, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 26.10.2017 г. №869н, первый этап считается завершенным и подлежит оплате как завершенный случай при

выполнении не менее 85 % от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола (обязательным являются анкетирование и прием врача-терапевта). Допускается учет ранее выполненных вне рамок диспансеризации исследований в течение предшествующих 12 месяцев и (или) отказы гражданина от прохождения отдельных обследований, но не более 15 % от объема диспансеризации;

в случае превышения объема ранее выполненных исследований более 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации и учтенных осмотров, исследований и иных мероприятий составляет не менее 85 %, первый этап отражается в отчете как завершенный случай, при этом оплате подлежат только выполненные осмотры (исследования) в соответствии с тарифами на медицинские услуги;

в случае выполнения в рамках первого этапа диспансеризации менее 85% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола, но при этом выполненные осмотры, исследования и иные мероприятия составляют 85% и более от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра, такие случаи учитываются как проведенный профилактический медицинский осмотр и соответственно оплата осуществляется по тарифу, установленному для профилактического медицинского осмотра взрослого населения;

диагностические критерии факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний, выявленные в результате проведенной диспансеризации, кодировать в соответствии с приложением 2 к Порядку проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 26.10.2017 г. №869н;

- законченный случай профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, при этом в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 г. №514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», профилактический осмотр является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, включенных в Перечень исследований (I этап).

Допускается учет ранее выполненных вне рамок медицинских осмотров несовершеннолетних старше 2-х лет осмотров и исследований в течение предшествующих 3 месяцев, а у несовершеннолетнего, не достигшего

возраста 2 лет, учитываются результаты ранее выполненных осмотров и исследований, давность которых не превышает 1 месяца с даты осмотра или исследования.

Общая продолжительность I этапа профилактического осмотра должна составлять не более 20 рабочих дней, а при назначении дополнительного обследования общая продолжительность профилактического осмотра должна составлять не более 45 рабочих дней (I и II этапы).

Учет объемов медицинской помощи ведется в законченных случаях и посещениях внутри законченного случая по всем видам профилактических мероприятий.

При проведении МЭК счетов и реестров счетов за проведенные профилактические мероприятия (диспансеризация определенных групп взрослого населения, профилактический медицинский осмотр взрослого населения, медицинские осмотры несовершеннолетних, диспансеризацию детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью) СМО необходимо проводить проверку на прикрепление застрахованных лиц к медицинским организациям, предъявившим счета и реестры счетов. При обнаружении факта проведения любого из вышеуказанных видов профилактических мероприятий застрахованному лицу, не прикрепленному к данной медицинской организации, при снятии с оплаты данного случая применять код 5.1.4. Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в медицинских организациях сферы ОМС Кабардино-Балкарской Республики – некорректное заполнение полей реестра счета.

При проведении МЭК за проведенную диспансеризацию детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях Кабардино-Балкарской Республики, СМО не проводить проверку на прикрепление застрахованного лица к медицинской организации, предъявившей счет и реестр счета.

2.1.5. Условная единица труда (УЕТ) – при оказании стоматологической помощи в амбулаторных условиях (учет объемов медицинской помощи ведется в посещениях, обращениях и УЕТ-ах). В одном посещении – 3,8 УЕТ в среднем.

2.1.6. Медицинская услуга – при проведении дорогостоящих лечебно-диагностических услуг – компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, дуплексное сканирование сосудов головы и шеи, молекулярная диагностика аллергии, перитонеальный диализ, гемодиализ в амбулаторных условиях, гемодиализация в амбулаторных условиях, молекулярно-биологическое исследование (МБИ) на определение вируса и генотипа гепатита С (качественное и количественное), молекулярно-биологическое исследование (МБИ) на определение вируса гепатита В (качественное и количественное), пренатальная диагностика (УЗИ-скрининг).

При формировании реестров счетов для оплаты диагностических услуг в поле «вид медицинской помощи» указывается «первичная специализированная помощь» (код 13), в поле «код способа оплаты медицинской помощи» указывается «4» - лечебно-диагностическая процедура.

Обязательным условием оформления реестра счетов является указание кода диагностической услуги в соответствии с приложением 7 к протоколу Комиссии по разработке ТП ОМС КБР от 25.01.2018г. №2 «Номенклатуры лечебно-диагностических услуг на 2018 год».

2.1.7. Оплата медицинской помощи, оказанной средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации, осуществляется с применением коэффициента 0,8:

фельдшером терапевтического участка – 0,8 от тарифа терапевта;

медицинской сестрой педиатрического участка – 0,8 от тарифа педиатра;

акушеркой гинекологического участка – 0,8 от тарифа акушера-гинеколога;

зубным врачом – 0,8 от тарифа стоматолога.

При оказании медицинской помощи средним медицинским персоналом в реестрах медицинской помощи в поле «вид медицинской помощи» указывать «первичную доврачебную медико-санитарную помощь» (код 11), в поле «специальность» указывать «средний медицинский персонал», в поле «профиль» при оказании медицинской помощи фельдшером терапевтического участка указывать профиль «терапия» (код 97), медицинской сестрой педиатрического участка – профиль «педиатрия» (код 68), акушеркой гинекологического участка – профиль «акушерство и гинекология» (код 136), зубным врачом – профиль «стоматология» (код 85) для оплаты стоматологической помощи, оказанной и взрослым, и детям, при оказании неотложной помощи – профиль «неотложная помощь» (код 160);

2.1.8. Оплата медицинской помощи, оказанной в школьных и дошкольных учреждениях, осуществляется ежемесячно в размере 1/12 от

запланированных расходов на содержание медицинских работников школьно-дошкольных образовательных учреждений.

2.2. Не подлежат оплате как посещения:

- обследования в отделениях (кабинетах) функциональной, лучевой, эндоскопической диагностики, лабораториях и т.д. (за исключением объемов обследований в медицинских организациях, утвержденных Комиссией по разработке Территориальной программы ОМС КБР);
- консультации и экспертизы, проводимые врачебными комиссиями;
- посещения к врачам функциональной диагностики, физиотерапевтам, логопедам, психологам и т.п.;
- посещения врачей, регламентированные нормативными документами в качестве платных медицинских услуг;
- повторное посещение в течение дня больным одного и того же врача или врачей одной и той же специальности и (или) среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием в порядке, установленном Министерством здравоохранения РФ.

2.3. Медицинские услуги, оказанные врачом или средним медицинским работником, ведущим самостоятельный прием, независимо от вида/повода обращения пациента, должны быть зафиксированы в медицинской документации: медицинской карте амбулаторного больного (ф. № 025/у), истории развития ребенка (ф. № 112/у), медицинской карте ребенка (ф. № 026/у).

Отсутствие в медицинской документации записи, отражающей врачебный осмотр или осмотр средним медицинским работником, ведущим самостоятельный прием, консультацию пациента, является основанием для отказа в оплате данного случая оказания первичной медико-санитарной помощи.

2.4. Отбор пациентов и направление на проведение магнитно-резонансной томографии, компьютерной томографии, дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий, молекулярной диагностики аллергии, молекулярно-биологическое исследование (МБИ) на определение вируса и генотипа гепатита С (качественное и количественное), молекулярно-биологическое исследование (МБИ) на определение вируса гепатита В (качественное и количественное), пренатальной диагностики (УЗИ-скрининга) в плановом порядке осуществляется в соответствии с действующим приказом МЗ КБР в рамках выделенных объемов. В сложных и спорных случаях для принятия решения о необходимости проведения дорогостоящих видов диагностики привлекается главный специалист по профилю заболевания.

Направления на вышеуказанные виды обследований необходимо выдавать строго в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом МЗ РФ от 13 октября 2017 года № 804н.

Направление на проведение дорогостоящих видов диагностики выдается специалистом медицинской организации, в которой пациент наблюдается, на

бланке формы №057/у-04, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004г. № 255, заверенное подписью ответственного лица и печатью медицинской организации.

Отбор пациентов на проведение магнитно-резонансной томографии, компьютерной томографии по экстренным показаниям осуществляется дежурным врачебным персоналом в медицинских организациях, оказывающих экстренную круглосуточную помощь, в том числе диагностическую с проведением КТ и МРТ-исследований. При этом, оплата услуг по тарифу на дорогостоящее обследование проводится в случаях, не требующих госпитализации пациента в медицинскую организацию, проводившую дорогостоящее обследование, или требующих госпитализации пациента в иную медицинскую организацию.

В случае наличия показаний для госпитализации пациента по результатам КТ и (или) МРТ исследований в медицинскую организацию, проводившую дорогостоящее обследование по экстренным показаниям, оплата данной услуги осуществляется в рамках тарифа соответствующей КСГ.

Реестр счетов на оплату медицинской помощи по видам медицинских услуг, указанных в п. 2.4. предоставляется страховым медицинским организациям медицинской организацией, осуществившей дорогостоящий вид диагностического обследования.

2.5. При плановой госпитализации пациента медицинская организация, направляющая на стационарное лечение, должна провести обследование пациента на амбулаторном этапе в объеме, требуемом для выполнения стандарта медицинской помощи, включая магнитно-резонансную томографию, компьютерную томографию, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, молекулярную диагностику аллергии, молекулярно-биологическое исследование (МБИ) на определение вируса и генотипа гепатита С (качественное и количественное), молекулярно-биологическое исследование (МБИ) на определение вируса гепатита В (качественное и количественное), пренатальную диагностику (УЗИ-скрининг).

2.6. Случаи проведения вышеуказанных видов обследования пациентам, госпитализированным после предварительной записи на указанные виды обследования на амбулаторном этапе, не рассматриваются как случаи пересечения сроков лечения и подлежат оплате.

2.7. Оплату случаев оказания медицинской помощи по классу XV МКБ-10 «Беременность, роды и послеродовой период» производить медицинским организациям, имеющим лицензию по профилю «акушерство и гинекология», независимо от возраста пациентки.

2.8. Стоматологическая помощь (неотложная и экстренная), оказанная в амбулаторных условиях пациентам, находящимся на стационарном лечении по основному заболеванию другого профиля, не рассматривается как случай пересечения сроков лечения и подлежит оплате по утверждённым тарифам на УЕТ.

При этом медицинским организациям, оказавшим стоматологическую помощь, в реестрах медицинской помощи необходимо указывать форму оказания медицинской помощи – неотложная.

2.9. В счетах за оказанную медицинскую помощь МО, применяющие способы оплаты по подушевому нормативу финансирования, должны указывать отдельными позициями суммы:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц – за первичную медико-санитарную помощь;
- по подушевому нормативу финансирования – за скорую медицинскую помощь;
- по подушевому нормативу финансирования – школьно-дошкольное финансирование.

3. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара

3.1. В соответствии с Программой ОМС оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), и в условиях дневного стационара, осуществляется:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (далее – КСГ);
- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований;
- за законченный случай лечения при оплате высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП), финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

В утвержденных объемах государственного задания по оказанию медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара указан общий объем случаев (законченных и незаконченных).

3.2. При оплате первичной специализированной и специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, расшифровка КСГ в соответствии с Международной

статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра, принятой 43-й Всемирной Ассамблеей Здравоохранения (далее – МКБ-10) с учетом последующих изменений, Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н, осуществляется согласно «Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», направленными совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2017г. №№ 11-7/10/2-8080/13572/26-2/и, изменениям в Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленным совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24.01.2018г. №11-7/10/2-357 и №811/26-2/и, инструкции по группировке случаев, в том числе правилам учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, направленных письмами Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12.12.2017г. №14531/26-2/и, от 25.01.2018г. №938/26-2/и.

В качестве основных критериев группировки в данной модели КСГ используются **код диагноза** в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра» (далее – МКБ-10) и **код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии** (далее также – услуги) в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг (далее – Номенклатура),

В качестве дополнительных критериев при формировании КСГ используются следующие признаки:

- код основного диагноза (при основном критерии группировки – код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии);
- код вторичного диагноза;
- код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (при основном критерии группировки – код диагноза);
- пол;
- возраст;
- длительность пребывания в стационаре;
- оценка состояния пациента (по Шкале оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии, Шкале Реабилитационной Маршрутизации);

- схема лечения – схема лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей);
- длительность непрерывного проведения искусственной вентиляции легких.

3.3. Процесс отнесения случая к КСГ регламентируется таблицами *«Группировщик»* и *«Группировщик детальный»* (таблицы идентичны, за исключением того, что *«Группировщик детальный»* содержит расшифровки кодов МКБ-10, Номенклатуры и КСГ).

«Группировщик» позволяет каждый случай в реестре пролеченных больных, оплата которого производится в рамках системы КСГ, отнести к определенной группе на основании классификационных критериев, которые соответствуют этому случаю. С помощью данной таблицы осуществляется отнесение случаев ко всем КСГ, кроме КСГ № 233 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)», алгоритм формирования которой описан в разделе «Особенности формирования отдельных КСГ».

3.3.1. При наличии хирургических операций и (или) других применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры.

При наличии нескольких хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет наиболее высокий коэффициент относительной затратоемкости.

В реестре счетов на оплату медицинской помощи указывается код хирургического вмешательства согласно Номенклатуре услуг как основной классификационный критерий и код диагноза по МКБ-10.

3.3.2. 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.

В реестре счетов на оплату медицинской помощи указывается код МКБ-10 основного заболевания, и, при необходимости, код МКБ-10 сопутствующих диагнозов.

3.4. В ряде случаев, предусмотренных Инструкцией, выбор между применением КСГ, определенной в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10, и КСГ, определенной на основании кода Номенклатуры, осуществляется в соответствии с правилами, приведенными в Инструкции.

В случае, когда пациенту оказывалось оперативное лечение, но затратоемкость группы, к которой данный случай должен быть отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре, меньше затратоемкости группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10, оплата может осуществляться по группе, сформированной по диагнозу.

В этом случае в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС указывается код МКБ-10 как основной классификационный критерий и код услуги согласно Номенклатуре услуг.

3.5. Данный подход не применяется для приведенных ниже комбинаций КСГ. Иными словами, 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.

Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги

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 insitu, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
12	Операции на женских половых органах (уровень 2)	0,58	9	Доброкачественные новообразования, новообразования insitu, 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
76	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	0,84	18	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
77	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	1,74	18	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
173	Операции на органе зрения (уровень 1)	0,49	179	Болезни глаза	0,51
301	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	300	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	0,89
301	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	207	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица	0,79

Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ			Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги		
				и шеи, дети	
245	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)	1,2	242	Доброкачественные новообразования, новообразования insitu, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов	0,64
35	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)	0,97	244	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов	0,67
256	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,55	271	Доброкачественные новообразования, новообразования insitu кожи, жировой ткани	0,66

3.6. Оплата законченного случая лечения по нозологическим формам в соответствии с их группировкой по КСГ производится при условии выполнения объема обследования, лечения, достижения результатов обращения за медицинской помощью.

Оплата производится в пределах объемов, утвержденных Комиссией по разработке Территориальной программы ОМС в КБР по тарифам, действующим на момент выписки пациента.

3.7. Обоснованность законченного случая повторного оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара по тому же поводу в той же медицинской организации в течение 30 дней после окончания лечения подтверждается результатами контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с приказом ФФОМС от 01.12.2010г. N 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» кроме следующих случаев:

- прогрессирования заболевания, обусловленного невыполнением пациентом предписанного ему режима или медикаментозной терапии;
- закономерного прогрессирования заболевания (патологического процесса);
- нарушения в преемственности ведения больного, допущенного на последующем этапе оказания медицинской помощи другой медицинской организацией;

- проведения очередного этапа лечения после стабилизации состояния пациента;

- проведения в стационарных условиях медицинских манипуляций или сложных методов лечения после подбора целевых доз лекарственных препаратов;

- проведения очередного курса терапии генно-инженерными препаратами ревматологическим пациентам.

3.8. В случаях прерванного лечения при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе (при сроке лечения до 3-х дней включительно), при проведении диагностических исследований, при длительности госпитализации менее 3 суток включительно (кроме случаев, указанных в п. 3.9.) случай оказания медицинской помощи без оперативного вмешательства оплачивается в размере 50 % от стоимости тарифа КСГ для всех медицинских организаций; с проведением оперативного вмешательства оплата производится в размере 80 % размера тарифа КСГ для всех медицинских организаций.

В случае наступления летального исхода при длительности лечения свыше 3-х суток и при условии выполнения пациенту объема обследования, лечения в соответствии со стандартами, оплата производится по полному тарифу.

3.9. Оплате в полном объеме, независимо от длительности лечения, подлежат случаи госпитализации, входящие в следующие группы:

№ КСГ	Наименование КСГ (круглосуточный стационар)
2	Осложнения, связанные с беременностью
3	Беременность, закончившаяся абортным исходом
4	Родоразрешение
5	Кесарево сечение
11	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)
12	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)
16	Ангинефротический отек, анафилактический шок
86	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
99	Сотрясение головного мозга
146	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)
147	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)
148	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)
149	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)
150	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)

№ КСГ	Наименование КСГ (круглосуточный стационар)
151	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)
152	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)
153	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)
154	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)
155	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)
157	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
159	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
167	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
168	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
172	Замена речевого процессора
173	Операции на органе зрения (уровень 1)
174	Операции на органе зрения (уровень 2)
198	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
219	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)
271	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
301	Операции на органах полости рта (уровень 1)
314	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
316	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии
320	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

3.10. При переводе пациента из одного отделения в другое в рамках круглосуточного стационара и из круглосуточного стационара в дневной стационар в одной медицинской организации, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, обусловленным 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, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с п. 3.8.

3.11. При переводах пациента с одного профиля коек на другой, из дневного стационара в круглосуточный стационар или из круглосуточного стационара в дневной стационар в пределах одной медицинской организации, вызванных причинами уточнения основного диагноза, возникновения состояния, являющегося следствием закономерного прогрессирования

основного заболевания (процесса), внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания (то есть заболевания относятся к одному классу МКБ-10), оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

3.12. Случаи укорочения срока лечения от минимальной длительности лечения, установленного действующим приказом МЗ КБР, (но не менее 3 дней, за исключением случаев КСГ, указанных в п.3.9.) оплачиваются в полном объеме по тарифу законченного случая соответствующей КСГ по решению врачебной комиссии медицинской организации при условии выполнения объема обследования, лечения, достижения результатов обращения за медицинской помощью.

3.13. Расходы на медицинскую помощь, оказываемую в реанимационных отделениях медицинских организаций (палатах интенсивной терапии), входят в общий объем предоставляемой по соответствующему профилю медицинской помощи, которая компенсируется по тарифу КСГ.

Исключение составляет медицинская помощь, оказанная детям в реанимационных отделениях второго этапа выхаживания новорожденных, расходы на которую подаются к оплате по тарифу соответствующей КСГ («Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций»).

3.14. Оплата законченных случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации осуществляется с применением коэффициента сложности лечения пациента (далее – КСЛП).

Критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 30 дней для КСГ, в которых действующим приказом МЗ КБР определен максимальный срок лечения до 30 дней включительно, госпитализация на срок свыше 45 дней для КСГ, в которых действующим приказом МЗ КБР определен максимальный срок лечения до 45 дней включительно.

При этом, в медицинской карте стационарного больного должно быть отражено заключение врачебной комиссии медицинской организации с обоснованием причины продления срока лечения пациента (в день превышения срока лечения более 30 и 45 дней).

Все случаи сверхдлительной госпитализации подлежат медико-экономической экспертизе оказанной медицинской помощи в соответствии с приказом ФФОМС от 01.12.2010г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

Значение КСЛП определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней. Стоимость койко-дня для оплаты случаев сверхдлительного пребывания определяется по формуле:

$$КСЛП = 1 + \frac{ФКД - НКД}{НКД} \times K_{\text{ол}},$$

где

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента;

Кдл – коэффициент длительности:

0,25 – коэффициент для обычных отделений;

0,4 – коэффициент для профильных отделений с дополнительным пребыванием пациента в реанимационных отделениях (при сроке пребывания в реанимационном отделении свыше 5 дней, обусловленном тяжестью состояния пациента);

ФКД – фактическое количество койко-дней (свыше 30 или 45 койко-дней);

НКД – нормативное количество койко-дней: 30 – для КСГ со сроком лечения до 30 к/дней, 45 койко-дней – для КСГ со сроком лечения от 31 до 45 к/дней (в соответствии с действующим приказу МЗ КБР).

При этом округление КСЛП производить по математическому правилу округления до 3-х знаков после запятой.

3.15. Законченный случай оказания медицинской помощи в связи с родами предъявляется к оплате по тарифу КСГ «Родоразрешение» или «Кесарево сечение».

Случаи лечения по КСГ, обусловленные патологией беременности продолжительностью 6 дней и более с последующим родоразрешением, оплачиваются по стоимости двух КСГ.

Наличие показаний к оказанию медицинской помощи в связи с патологией беременности подтверждается результатами контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

В реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС указывается код КСГ «Родоразрешение» или «Кесарево сечение», и дополнительно позиция по коду КСГ «Осложнения, связанные с беременностью».

3.16. Случаи лечения по КСГ, обусловленные патологией беременности продолжительностью менее 6 дней, с последующим родоразрешением, оплачивается по тарифу более дорогостоящего КСГ.

При этом оплата по двум КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности менее 6 дней, но не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10:

О14.1 Тяжелая преэклампсия.

О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери.

О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери.

О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери.

О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

По каждому указанному случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

3.17. При оказании в приемном отделении медицинских организаций медицинской помощи, не требующей госпитализации, и при наблюдении за состоянием здоровья пациента до 6 часов после проведенных лечебно-диагностических мероприятий, данный вид услуги оформляется как одно «посещение по неотложной медицинской помощи» в пределах объемов по неотложной медицинской помощи, утвержденных комиссией по разработке Территориальной программы ОМС, и при наличии лицензии по профилю «неотложная помощь» или как одно «посещение» по основному профилю оказанной медицинской помощи в пределах объемов, утвержденных комиссией по разработке Территориальной программы ОМС.

Случай оказания медицинской помощи в приемном отделении считается законченным, если пациенту, не подлежащему госпитализации, оказана необходимая медицинская помощь, причины отказа в госпитализации и оказанная медицинская помощь зафиксированы в медицинской документации в установленном порядке. Минимальным набором медицинских услуг, обосновывающим предъявление случая к оплате, является осмотр дежурным врачом и проведение необходимых для постановки диагноза лабораторно-инструментальных исследований и лечебных мероприятий при оказании неотложной помощи.

3.18. Случай выявления туберкулеза, ВИЧ-инфекции, психического заболевания у пациента, госпитализированного в медицинские организации сферы ОМС КБР с другим предварительным диагнозом, подлежит оплате в соответствии с кодом КСГ «Госпитализация в диагностических целях с постановкой диагноза туберкулеза, ВИЧ-инфекции, психического заболевания».

3.19. Специализированная медицинская помощь по медицинской реабилитации осуществляется в учреждениях, утвержденных Комиссией по разработке Территориальной программы ОМС в КБР, по соответствующим КСГ по следующим профилям:

- аллергология;
- кардиология;
- неврология;
- гастроэнтерология;
- гинекология и акушерство;
- травматология и ортопедия;
- пульмонология;
- сердечно-сосудистая хирургия.

Отнесение к КСГ, охватывающей случай оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры

(раздел В) вне зависимости от диагноза. Отбор больных на реабилитационное лечение осуществляется в соответствии с порядком направления, показаниями и противопоказаниями к реабилитационному лечению, утвержденным действующим приказом Министерства здравоохранения КБР.

При этом для отнесения случая к КСГ 325 – 337 в круглосуточном стационаре и к КСГ 123 – 130 в дневном стационаре применяется дополнительный классификационный критерий – оценка состояния пациента по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ):

Код	Расшифровка дополнительного классификационного критерия
rb2	2 балла по шкале реабилитационной маршрутизации
rb3	3 балла по шкале реабилитационной маршрутизации
rb4	4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации
rb5	5 балла по шкале реабилитационной маршрутизации
rb6	6 балла по шкале реабилитационной маршрутизации

Например, для отнесения к КСГ 325 «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (4 балла по ШРМ) необходимо наличие кода дополнительного классификационного критерия «rb4» и должны быть использованы следующие медицинские услуги:

1. В05.024.003 Услуги по реабилитации пациента, перенесшего черепно-мозговую травму
2. В05.024.002 Услуги по реабилитации пациента, перенесшего нейрохирургическую операцию
3. В05.024.001 Услуги по реабилитации пациента с переломом позвоночника
4. В05.023.001 Услуги по реабилитации пациента, перенесшего острое нарушение мозгового кровообращения

Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ), разработанная Союзом реабилитологов России, применима как для взрослых, так и детей. Градация оценки по ШРМ представлена ниже:

Градация оценки ШРМ	Описание статуса		
	При заболеваниях и (или) состояниях центральной нервной системы	При заболеваниях и (или) состояниях периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата	При соматических (кардиологических) заболеваниях и (или) состояниях
0	Нет симптомов		
1	Отсутствие значимых нарушений жизнедеятельности, несмотря на имеющиеся симптомы заболевания		
	а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни; б) тратит столько же времени на выполнение дел, как и раньше до	а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни; б) тратит столько же времени на выполнение дел, как и раньше до болезни.	а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни; б) тратит столько же времени на выполнение дел, как и раньше до болезни; в) может выполнять физическую

Градация оценки ШРМ	Описание статуса		
	При заболеваниях и (или) состояниях центральной нервной системы	При заболеваниях и (или) состояниях периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата	При соматических (кардиологических) заболеваниях и (или) состояниях
	болезни		нагрузку выше обычной без слабости, сердцебиения, одышки.
2	Легкое ограничение жизнедеятельности		
	а) не может выполнять ту активность, которая была до заболевания (управление транспортным средством, чтение, письмо, танцы, работа и др.), но может справляться со своими делами без посторонней помощи; б) может самостоятельно за собой ухаживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается); в) не нуждается в наблюдении; г) может проживать один дома от недели и более без помощи.	а) не способен выполнять ту активность, которая была до заболевания (управление транспортным средством, чтение, письмо, танцы, работа и др.), но может справляться со своими делами без посторонней помощи; б) может самостоятельно за собой ухаживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается).	а) может справляться со своими делами без посторонней помощи; б) обычная физическая нагрузка не вызывает выраженного утомления, слабости, одышки или сердцебиения. Стенокардия развивается при значительном, ускоренном или особо длительном напряжении (усилии). Тест шестиминутной ходьбы (ТШМ) >425 м. Тесты с физической нагрузкой (велозргометрия или спироэргометрия) $\geq 125 \text{ Вт} / \geq 7 \text{ МЕ}$; в) может самостоятельно за собой ухаживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается); г) не нуждается в наблюдении; д) может проживать один дома от недели и более без помощи.
3	Ограничение жизнедеятельности, умеренное по своей выраженности		
	а) может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; б) самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет другие виды повседневной активности; в) нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками и другие; г) нуждается в помощниках при ведении финансовых дел; д) может проживать один дома без помощи от 1 суток	а) может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи или с помощью трости; б) незначительное ограничение возможностей самообслуживания, самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности; в) нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками и другие; г) умеренно выраженный болевой синдром во время	а) может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; б) в покое какие-либо патологические симптомы отсутствуют, обычная физическая нагрузка вызывает слабость, утомляемость, сердцебиение, одышку, стенокардия развивается при ходьбе на расстояние > 500 м по ровной местности, при подъеме на > 1 пролет обычных ступенек, в нормальном темпе, при обычных условиях. ТШМ = 301-425 м. Тесты с физической нагрузкой (велозргометрия /спироэргометрия) = 75-100 Вт /4-6,9 МЕ;

Градация оценки ШРМ	Описание статуса		
	При заболеваниях и (или) состояниях центральной нервной системы	При заболеваниях и (или) состояниях периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата	При соматических (кардиологических) заболеваниях и (или) состояниях
	до 1 недели.	ходьбы, незначительно выраженный болевой синдром в покое (1-3 балла по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ)).	в) самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности; г) нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками; д) может проживать один дома без помощи от 1 суток до 1 недели.
4	Выраженное ограничение жизнедеятельности		
	а) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; б) нуждается в помощи при выполнении повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др.; в) в обычной жизни нуждается в ухаживающем; г) может проживать один дома без помощи до 1 суток.	а) умеренно выраженное ограничение возможностей передвижения и нуждается в дополнительном средстве опоры – костыли; б) умеренное ограничение возможностей самообслуживания и при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет; в) выраженный болевой синдром во время движений, умеренно выраженный болевой синдром в покое (4-7 баллов по ВАШ)	а) стенокардия возникает при ходьбе от 100 до 500 м по ровной местности, при подъеме на 1 пролет обычных ступенек, в нормальном темпе, при обычных условиях. ТШМ = 150-300 м, тесты с физической нагрузкой (велоэргометрия /спироэргометрия) = 25-50 Вт /2-3,9 МЕ; б) самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности; в) в обычной жизни нуждается в ухаживающем; г) может проживать один дома без помощи до 1 суток.
5	Грубое нарушение процессов жизнедеятельности		
	а) пациент прикован к постели; б) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; в) нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др.; г) нуждается в ухаживающем постоянно (и днем, и ночью); д) не может быть оставлен один дома без посторонней помощи.	а) выраженное ограничение возможностей передвижения, нуждается в дополнительных средствах опоры – ходунки или самостоятельно передвигается в коляске. Перемещение ограничено пределами стационарного отделения. Не может ходить по лестнице; б) выраженное ограничение возможностей самообслуживания и при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет; в) выраженный болевой синдром в покое (8-10 баллов по ВАШ), усиливающийся при	а) больной комфортно чувствует себя только в состоянии покоя, малейшие физические нагрузки приводят к появлению слабости, сердцебиения, одышки, болям в сердце. ТШМ < 150 м; б) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; в) нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др.; г) не может быть оставлен один дома без посторонней помощи.

Градации оценки ШРМ	Описание статуса		
	При заболеваниях и (или) состояниях центральной нервной системы	При заболеваниях и (или) состояниях периферической нервной системы и опорно- двигательного аппарата	При соматических (кардиологических) заболеваниях и (или) состояниях
		движении.	
6	Нарушение жизнедеятельности крайней степени тяжести		
	а) хроническое нарушение сознания: витальные функции стабильны; нейромышечные и коммуникативные функции глубоко нарушены; пациент может находиться в условиях специального ухода реанимационного отделения; б) нейромышечная несостоятельность: психический статус в пределах нормы, однако глубокий двигательный дефицит (тетраплегия) и бульбарные нарушения вынуждают больного оставаться в специализированном реанимационном отделении.		

Состояние пациента по ШРМ оценивается при поступлении в круглосуточный 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

Случай оказанной медицинской реабилитации считается завершенным при проведении полного курса лечения в течение срока длительности лечения, установленного действующим приказом МЗ КБР.

В ситуациях, когда пациенту по завершении лечения оказывается медицинская реабилитация в той же медицинской организации по диагнозу, по которому осуществлялось лечение, осуществляется оплата по двум КСГ.

По каждому указанному случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

3.20. Высокотехнологичная медицинская помощь за счет средств ОМС осуществляется в медицинских организациях КБР, по следующим профилям:

- травматология и ортопедия;
- сердечно-сосудистая хирургия;
- акушерство и гинекология;
- абдоминальная хирургия;
- нейрохирургия;
- неонатология;
- онкология;
- офтальмология;
- урология;
- челюстно-лицевая хирургия.

Оплата случаев оказанной высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется в размере норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденном Постановлением Правительства Российской Федерации от 08.12.2017г. №1492 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019-2020 годов».

При оплате случаев оказанной высокотехнологичной медицинской помощи коэффициент уровня медицинской организации дополнительно не учитывается.

3.21. Все случаи летального исхода (в том числе в случае досудочной летальности) подлежат внесению в реестр счетов на оплату оказанной медицинской помощи и подлежат 100% экспертизе качества медицинской помощи.

3.22. При формировании реестров счетов за оказанную медицинскую помощь в стационарных условиях и условиях дневного стационара, в случаях прерванного лечения и применении тарифа прерванного лечения код и наименование результата обращения за медицинской помощью должен быть указан в соответствии с классификатором V009 один из следующих:

- переведён в др. ЛПУ (код 102, 202);
- переведён на другой профиль коек (код 104, 204);
- умер (код 105, 205);
- лечение прервано по инициативе пациента (код 107, 207) – при согласовании с лечащим врачом;
- лечение прервано по инициативе ЛПУ (код 108, 208);
- самовольно прерванное лечение (код 110, 210) – без согласования с лечащим врачом.

Недопустимо указывать результат обращения за медицинской помощью – «выписан» в случаях прерванного лечения и применения тарифа прерванного лечения.

3.23. При проведении сочетанных хирургических вмешательств, отраженных в таблице, оплату законченного случая проводить с применением коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП) – **1,3**.

Операция 1		Операция 2	
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.035	Миомэктомия (энуклеация миоматозных узлов) лапаротомическая
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.001	Удаление кисты яичника
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.061	Резекция яичника лапаротомическая
A16.20.014	Влагалищная тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) с придатками	A16.20.042.001	Слинговые операции при недержании мочи
A16.20.063.001	Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.20.083	Кольпоперинеоррафия и леваторопластика
A16.20.063.001	Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.20.042.001	Слинговые операции при недержании мочи
A16.20.083	Кольпоперинеоррафия и леваторопластика	A16.20.042.001	Слинговые операции при недержании мочи

В случаях проведения сочетанных операций в реестрах счетов указывать коды услуг, примененные при сочетанных оперативных вмешательствах, в соответствии с таблицей.

При этом, медицинским организациям учитывать, что применение КСЛП не приводит к увеличению суммы финансового обеспечения госзадания.

3.24. Использование справочника категорий возраста

Код	Диапазон возраста
1	от 0 до 28 дней
2	от 29 до 90 дней
3	от 91 дня до 1 года
4	от 0 дней до 2 лет
5	от 0 дней до 18 лет
6	старше 18 лет

Категории возраста применяются в трех аспектах, не предполагающих одновременное (совместное) использование всех категорий возраста для классификации случаев в одни и те же КСГ.

1-й аспект применения: диапазоны 1-3 используются для классификации случаев в КСГ 45 «Детская хирургия, уровень 1», КСГ 46 «Детская хирургия, уровень 2» и 109 «Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций»:

– при возрасте ребенка до 28 дней (код 1) случаи классифицируются в КСГ 46 или 109 по соответствующему коду номенклатуры, независимо от кода диагноза.

– если ребенок родился маловесным, то *по тем же кодам номенклатуры* случай классифицируется в КСГ 46 или 109 при возрасте *до 90 дней (код 2)*. При этом, признаком маловесности служит соответствующий код МКБ-10 (P05-P07), который используется как вторичный диагноз (Код по МКБ-10 (2)). Первичный диагноз может быть любой, *который является основным поводом для госпитализации и проведения соответствующего хирургического вмешательства*.

– при возрасте от *91 дня до 1 года (код 3)*, независимо от диагноза, случай классифицируется в КСГ 45 по коду номенклатуры.

Также код возраста 1 в сочетании с определенными диагнозами МКБ 10 применяется для отнесения случаев лечения к КСГ 111 «Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 1)», КСГ 112 «Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 2)» и КСГ 113 «Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 3)». Например, диагноз J20.6 «Острый бронхит, вызванный риновирусом» при отсутствии дополнительного кода возраста 1 (дети до 28 дней) относится к КСГ 217 «Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания», при наличии кода 1 – к КСГ 113 «Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 3)».

2-й аспект применения: диапазон возраста 4 используется для классификации случаев в КСГ 316 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии» круглосуточного стационара и 113 «Лечение с

применением генно-инженерных биологических препаратов» дневного стационара при проведении иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб) (А25.30.035). Дополнительным критерием отнесения в эту КСГ является возраст до 2 лет включительно.

3-й аспект применения: диапазоны возраста 5-6 используются для классификации случаев в большое количество «детских» и «взрослых» групп. При этом, *если случай хирургического вмешательства ребенку до одного года может быть классифицирован в КСГ 45 или КСГ 46 (приоритет), он классифицируется в эти группы.* Во всех остальных случаях классификация осуществляется в соответствующие КСГ с применением кодов возраста 5-6.

3.25. Перечень случаев, для которых установлен КСЛП (коэффициент сложности лечения пациента)

№ п/п	Случай, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
1	Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до от 0 до 4 лет)	1,03
2	Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями (методика расчета КСЛП в соответствии с п. 3.14 Порядка)	В соответствии с расчетным значением
3	Проведение сочетанных хирургических вмешательств (перечень сочетанных операций в соответствии с п. 3.23 Порядка)	1,3
4	Проведение первого этапа экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции)	0,6
5	Проведение первого и второго этапов экстракорпорального оплодотворения (неполный цикл)	0,6
6	Проведение первого, второго и третьего этапов экстракорпорального оплодотворения без последующей криоконсервации (неполный цикл)	0,6
7	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов	1,1
8	Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (неполный цикл)	0,19

3.26. Госпитализацию беременных до 18 лет при наличии сопутствующей патологии осуществлять в стационары общей сети.

Оплату случаев оказания стационарной помощи беременным в возрасте от 11 до 18 лет по всем профилям производить медицинским организациям, имеющим соответствующую лицензию, независимо от наличия лицензии по профилю « педиатрия».

4. Оплата медицинских услуг по заместительной почечной терапии

4.1. В случае проведения заместительной почечной терапии:

- методом гемодиализа (низкопоточного, высокопоточного), гемодиализа за единицу оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара и в амбулаторных условиях принимается услуга (процедура) гемодиализа;

- методом перитонеального диализа за единицу оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях принимается услуга (день обмена) перитонеального диализа.

4.2. При формировании реестров счетов для оплаты заместительной почечной терапии обязательным условием является указание кода услуги в соответствии с приложением 7 к протоколу Комиссии по разработке ТП ОМС КБР от 25.01.2018г. №2 «Номенклатуры лечебно-диагностических услуг на 2018 год».

Оплата случаев заместительной почечной терапии (далее – ЗПТ) независимо от метода диализа и условий оказания медицинской помощи будет производиться за услугу в течение одного календарного месяца.

В реестрах счетов в поле «код способа оплаты медицинской помощи» во всех случаях указывается «4» - лечебно-диагностическая процедура (в разделе «Сведения о случае»).

С целью корректного учета случаев проведения ЗПТ в обязательном порядке показываются сведения о количестве фактически выполненных услуг в течение календарного месяца. При этом, в случае проведения ЗПТ методом перитонеального диализа количество дней обмена (количество услуг) не должно превышать количество календарных дней месяца.

Информация о проведенной процедуре ЗПТ каждого типа (одинаковый код услуги) передается с помощью раздела «Сведения об услуге».

В поле «код услуги» указывается код в соответствии с Номенклатурой лечебно-диагностических услуг на 2018 год, в поле «Количество оказанных услуг» проставляется количество фактически оказанных услуг в течение календарного месяца.

4.3. В случае необходимости проведения лечения препаратами для профилактики и лечения осложнений диализа одновременно с услугами диализа представляется к оплате случай проведения лекарственной терапии по КСГ 43 дневного стационара.

4.4. В случаях проведения заместительной почечной терапии:

- в условия дневного стационара в поле «вид медицинской помощи» указывается «специализированная медицинская помощь» (код 31);
- в амбулаторных условиях в поле «вид медицинской помощи» указывается «первичная специализированная медицинская помощь» (код 13).

4.5. В случаях проведения процедур гемодиализа, гемодильтрации, перитонеального диализа в период оказания пациенту медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара по основному заболеванию медицинская услуга по заместительной почечной терапии не рассматривается как случай пересечения сроков лечения и предъявляется на оплату медицинской организацией, проводившей процедуру диализа.

5. Оплата скорой медицинской помощи

5.1. За оказание скорой медицинской помощи оплата осуществляется:

- по подушевому нормативу финансирования на текущий год – за скорую медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями КБР гражданам, застрахованным в КБР;
- за вызов скорой медицинской помощи – за скорую медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями КБР гражданам, застрахованным за пределами КБР.

Оплата скорой медицинской помощи осуществляется ежемесячно в размере 1/12 от запланированных расходов на финансирование скорой медицинской помощи.

При формировании счетов и реестров счетов на оплату скорой медицинской помощи, вне зависимости от применяемого способа оплаты, в реестрах счетов отражаются все единицы объёма с указанием размеров установленных тарифов.

При этом, при формировании счетов по подушевому нормативу финансирования, в реестрах по скорой медицинской помощи стоимость оказанной медицинской помощи указывают равной 0.

При проведении МЭК, МЭЭ и ЭКМП медицинской помощи неоплата или неполная оплата медицинских услуг, а также взыскание с медицинской организации штрафов осуществляется СМО в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (Приложение 28 к Тарифному соглашению от 23.01.2017г.

Сумма, принятая к оплате СМО по счету от МО, использующих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования при оказании скорой медицинской помощи, не должна превышать сумму, утвержденную по подушевому нормативу финансирования для данной МО за отчетный период

Уменьшение оплаты по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи для медицинских организаций, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу

финансирования, производится со стоимости единицы объема медицинской помощи – вызова скорой медицинской помощи, утвержденного Тарифным соглашением от 23.01.2017г.

Исправленные реестры при оплате по подушевому нормативу финансирования предъявляются страховым медицинским организациям в утвержденном порядке.

Проведение МЭК исправленных счетов и реестров счетов при оплате по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи осуществляется аналогично МЭК основного счета и реестра счета.

При этом СМО необходимо учитывать, что сумма, принятая к оплате по исправленному счету не может превышать сумму, снятую по результатам МЭК основного счета.

При превышении суммы, предъявленной к оплате в исправительном счете, снятие производить по коду 5.3.2. Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в медицинских организациях сферы ОМС Кабардино-Балкарской Республики – предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением Комиссии по разработке территориальной программы.

В реестрах по скорой медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным в КБР, указывать способ оплаты – по подушевому нормативу финансирования при оплате скорой медицинской помощи (код 35).

В реестрах по скорой медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами КБР, указывать способ оплаты – вызов скорой медицинской помощи (код 24).

6. Оплата экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

В рамках проведения процедуры ЭКО в соответствии с порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий выделяются следующие этапы:

1. Стимуляция суперовуляции;
2. Получение яйцеклетки;
3. Инсеминация ооцитов и культивирование эмбрионов;
4. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

Дополнительно в процессе проведения процедуры ЭКО возможно осуществление криоконсервации полученных на третьем этапе эмбрионов.

Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов, установлены поправочные коэффициенты

сложности лечения пациента (КСЛП) к случаям проведения экстракорпорального оплодотворения.

В случае проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов, а также проведения первых трех этапов экстракорпорального оплодотворения и криоконсервации эмбрионов без последующего переноса эмбрионов (4-го этапа), оплата случая осуществляется по КСГ 5 «Экстракорпоральное оплодотворение» без применения коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП).

В случае, если базовая программа экстракорпорального оплодотворения была завершена по итогам 1-го этапа (стимуляция суперовуляции), к КСГ 5 применяется КСЛП в размере 0,6.

В случае проведения в рамках одного случая всех этапов цикла экстракорпорального оплодотворения и криоконсервации эмбрионов, к КСГ применяется повышающий КСЛП в размере 1,1.

В случае, если женщина повторно проходит процедуру экстракорпорального оплодотворения с применением ранее криоконсервированных эмбрионов, случай госпитализации оплачивается по КСГ 5 с применением КСЛП в размере 0,19.

Тарифы на проведение I и II этапов, а также I, II и III этапов без последующей криоконсервации эмбрионов не предусмотрены Рекомендациями. При выполнении I и II этапов, а также I, II и III этапов без последующей криоконсервации эмбрионов, оплата случая осуществляется по тарифу с применением КСЛП для I этапа ЭКО (0,6).

С учетом установления КСЛП оплата ЭКО осуществляется в следующем размере в зависимости от этапа:

№ п/п	Наименование этапов проведения ЭКО	Значение КСЛП
1	Проведение первого этапа экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции)	0,6
2	Проведение I-II этапов экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки) без последующей криоконсервации эмбрионов	0,6
3	Проведение I-III этапов экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов	0,6
	Проведение I-III этапов экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции,	

4	получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов	1
5	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов	1
6	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов	1,1
7	Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (неполный цикл)	0,19

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

При формировании реестров счетов для оплаты экстракорпорального оплодотворения обязательным условием является указание кода услуги в соответствии с приложением 7 к протоколу Комиссии по разработке ТП ОМС КБР от 25.01.2018г. №2 «Номенклатура лечебно-диагностических услуг на 2018 год».

Стоимость этапов ЭКО в зависимости от набора услуг

Этапы ЭКО	Перечень необходимых услуг для данного этапа	Наименование услуг	Применяемый коэффициент КСЛП	Стоимость этапа, руб.
I без следующих этапов ЭКО	A11.20.025.001	Стимуляция суперовуляции	0,6	66 000
I, II без следующих этапов ЭКО	A11.20.025.001	Стимуляция суперовуляции	0,6	66 000
	A11.20.019	Получение яйцеклетки		
I, II, III без криоконсервации эмбрионов	A11.20.025.001	Стимуляция суперовуляции	0,6	66 000
	A11.20.019	Получение яйцеклетки		
	A11.20.027	Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов		

I, II, III с криоконсервацией эмбрионов	A11.20.025.001	Стимуляция суперовуляции	1	110 000
	A11.20.019	Получение яйцеклетки		
	A11.20.027	Экстакорпоральное оплодотворение ооцитов		
	A11.20.031	Криоконсервация эмбрионов		
I – IV без криоконсервации эмбрионов	A11.20.025.001	Стимуляция суперовуляции	1	110 000
	A11.20.019	Получение яйцеклетки		
	A11.20.027	Экстакорпоральное оплодотворение ооцитов		
	A11.20.030.001	Внутриматочное введение криоконсервирован ного эмбриона		
I - IV с криоконсервацией эмбрионов	A11.20.025.001	Стимуляция суперовуляции	1,1	121 000
	A11.20.019	Получение яйцеклетки		
	A11.20.027	Экстакорпоральное оплодотворение ооцитов		
	A11.20.030.001	Внутриматочное введение криоконсервирован ного эмбриона		
	A11.20.031	Криоконсервация эмбрионов		
IV	A11.20.030.001	Внутриматочное введение криоконсервирован ного эмбриона	0,19	20 900

Порядок отбора и направления жителей Кабардино-Балкарской Республики на лечение бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения определяется министерством здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики.

7. Оплата случаев оказания медицинской помощи новорожденным

Оплата случая оказания медицинской помощи новорожденному, осуществляется страховой медицинской организацией, в которой новорожденный застрахован на момент завершения лечения.

8. Особенности формирования отдельных КСГ

8.1. КСГ 67 «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 67) и при неидентифицированном вирусе гриппа случай классифицируется в КСГ 65 «Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые» или КСГ 66 «Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети» в зависимости от возраста пациента».

Код диагноза	Наименование диагноза	Код услуги	Наименование услуги
J09	Грипп, вызванный определенным идентифицированным вирусом гриппа	A26.08.019.001	Определение РНК вируса гриппа А (Influenza virus A) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
J09	Грипп, вызванный определенным идентифицированным вирусом гриппа	A26.08.019.002	Определение РНК вируса гриппа В (Influenza virus B) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР

J09	Грипп, вызванный определенным идентифицированным вирусом гриппа	A26.08.019.003	Определение РНК вируса гриппа С (Influenza virus C) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
J10	Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа	A26.08.019.001	Определение РНК вируса гриппа А (Influenza virus A) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
J10	Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа	A26.08.019.002	Определение РНК вируса гриппа В (Influenza virus B) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
J10	Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа	A26.08.019.003	Определение РНК вируса гриппа С (Influenza virus C) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
J10.0	Грипп с пневмонией, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.019.001	Определение РНК вируса гриппа А (Influenza virus A) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
J10.0	Грипп с пневмонией, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.019.002	Определение РНК вируса гриппа В (Influenza virus B) в мазках со

			слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
J10.0	Грипп с пневмонией, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.019.003	Определение РНК вируса гриппа С (Influenza virus C) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
J10.1	Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус гриппа идентифициро- ван	A26.08.019.001	Определение РНК вируса гриппа А (Influenza virus A) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
J10.1	Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус гриппа идентифициро- ван	A26.08.019.002	Определение РНК вируса гриппа В (Influenza virus B) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
J10.1	Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус гриппа идентифициро- ван	A26.08.019.003	Определение РНК вируса гриппа С (Influenza virus C) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
J10.8	Грипп с другими проявлениями, вирус гриппа идентифициро- ван	A26.08.019.001	Определение РНК вируса гриппа А (Influenza virus A) в мазках со слизистой оболочки носоглотки

			методом ПЦР
J10.8	Грипп с другими проявлениями, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.019.002	Определение РНК вируса гриппа В (Influenza virus B) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
J10.8	Грипп с другими проявлениями, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.019.003	Определение РНК вируса гриппа С (Influenza virus C) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
J09	Грипп, вызванный определенным идентифицированным вирусом гриппа	A26.08.038.001	Определение РНК вируса гриппа А (Influenza virus A) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР
J09	Грипп, вызванный определенным идентифицированным вирусом гриппа	A26.08.038.002	Определение РНК вируса гриппа В (Influenza virus B) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР
J09	Грипп, вызванный определенным идентифицированным вирусом гриппа	A26.08.038.003	Определение РНК вируса гриппа С (Influenza virus C) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР

J10	Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа	A26.08.038.001	Определение РНК вируса гриппа А (Influenza virus A) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР
J10	Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа	A26.08.038.002	Определение РНК вируса гриппа В (Influenza virus B) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР
J10	Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа	A26.08.038.003	Определение РНК вируса гриппа С (Influenza virus C) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР
J10.0	Грипп с пневмонией, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.038.001	Определение РНК вируса гриппа А (Influenza virus A) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР
J10.0	Грипп с пневмонией, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.038.002	Определение РНК вируса гриппа В (Influenza virus B) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР

J10.0	Грипп с пневмонией, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.038.003	Определение РНК вируса гриппа С (Influenza virus C) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР
J10.1	Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.038.001	Определение РНК вируса гриппа А (Influenza virus A) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР
J10.1	Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.038.002	Определение РНК вируса гриппа В (Influenza virus B) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР
J10.1	Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.038.003	Определение РНК вируса гриппа С (Influenza virus C) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР
J10.8	Грипп с другими проявлениями, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.038.001	Определение РНК вируса гриппа А (Influenza virus A) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР

J10.8	Грипп с другими проявлениями, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.038.002	Определение РНК вируса гриппа В (Influenza virus B) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР
J10.8	Грипп с другими проявлениями, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.038.003	Определение РНК вируса гриппа С (Influenza virus C) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР

При идентификации вируса гриппа другими методами (закодированными как услуги, не являющиеся классификационными критериями отнесения случая к КСГ 65) и при неидентифицированном вирусе гриппа случай классифицируется в КСГ 63 «Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые» или КСГ 64 «Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, дети» в зависимости от возраста пациента.

8.2. КСГ 233 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)»

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

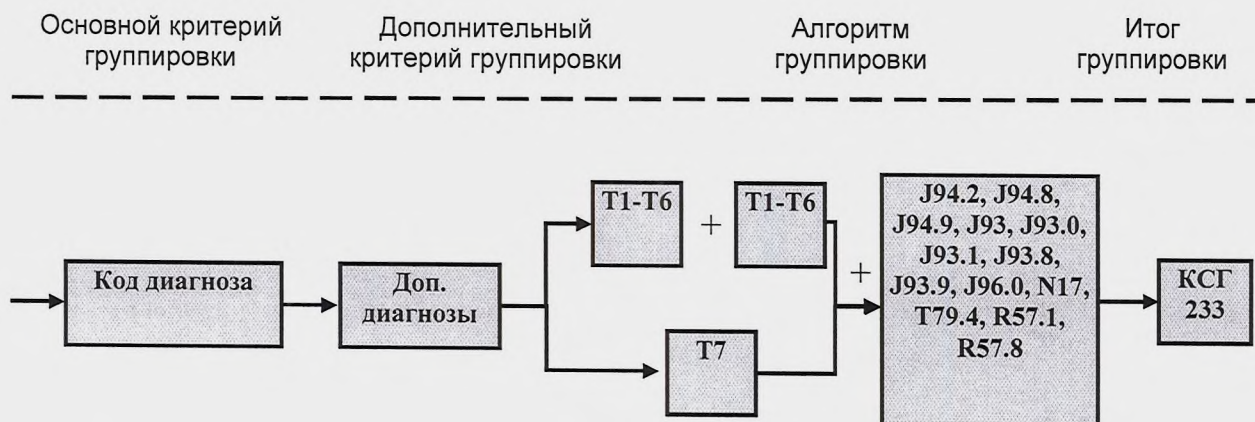
В эту группу относятся травмы в 2 и более анатомических областях (голова/шея, позвоночник, грудная клетка, живот, таз, конечности – минимум 2 кода МКБ-10) или один диагноз множественной травмы и травмы в нескольких областях тела + как минимум один из нижеследующих диагнозов: J94.2, J94.8, J94.9, J93, J93.0, J93.1, J93.8, J93.9, J96.0, N17, T79.4, R57.1, R57.8.

Распределение кодов МКБ-10, которые участвуют в формировании группы 233 «Политравма», по анатомическим областям приведено в следующей таблице. Для удобства восприятия, каждой анатомической области присвоен код (столбец «Код анатомич. области»).

Код анатомической области	Анатомическая область	Коды МКБ-10
T1	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

T2	Позвоночник	S12.0, S12.9, S13.0, S13.1, S13.3, S14.0, S14.3, S22.0, S23.0, S23.1, S24.0, S32.0, S32.1, S33.0, S33.1, S33.2, S33.4, S34.0, S34.3, S34.4
T3	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
T4	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, S38.3
T5	Таз	S32.3, S32.4, S32.5, S36.6, S37.1, S37.2, S37.4, S37.5, S37.6, S37.8, S38.0, S38.2
T6	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, S97.8, S98.0
T7	Множественная травма	S02.7, S12.7, S22.1, S27.7, S29.7, S31.7, S32.7, S36.7, S38.1, 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

Алгоритм формирования группы:



В этом алгоритме T1-T7 - коды анатомической области. Комбинация кодов определяющих политравму (T1-T6) должна быть из разных анатомических областей.

8.3. Формирование КСГ по профилю "Комбустиология"

Дополнительные критерии отнесения: комбинация диагнозов.

КСГ по профилю «Комбустиология» (ожоговые группы) формируются методом комбинации двух диагнозов, один из которых характеризует степень ожога, а другой площадь ожога. Логика формирования групп приведена далее и интегрирована в Группировщике.

КСГ	Наименование КСГ	Комментарий (модель)	Коды МКБ	Дополнительные коды МКБ
292	Отморожения (уровень 1)	Лечение пострадавших с поверхностными отморожениями	T33.0 - T33.9, T35.0	
293	Отморожения (уровень 2)	Лечение пострадавших с отморожением, некрозом ткани	T34.0 - T34.9, T35.1-T35.7	
294	Ожоги (уровень 1)	Лечение пострадавших с поверхностными ожогами 1-2 ст. (площадью менее 10%)	T20.1, T20.2, T20.5, T20.6, T21.1, T21.2, T21.5, T21.6, T22.1, T22.2, T22.5, T22.6, T23.1, T23.2, T23.5, T23.6, T24.1, T24.2, T24.5, T24.6, T25.1, T25.2, T25.5, T25.6, T29.1, T29.2, T29.5, T29.6, T30.0, T30.1, T30.2, T30.4, T30.5	T31.0, T32.0
295	Ожоги (уровень 2)	Лечение пострадавших с поверхностными ожогами 1-2 ст. (площадью 10% и более)	T20.1, T20.2, T20.5, T20.6, T21.1, T21.2, T21.5, T21.6, T22.1, T22.2, T22.5, T22.6, T23.1, T23.2, T23.5, T23.6, T24.1, T24.2, T24.5, T24.6, T25.1, T25.2, T25.5, T25.6, T29.1, T29.2, T29.5, T29.6, T30.0, T30.1, T30.2, T30.4, T30.5, T30.6	T31.1-T31.9, T32.1-T32.7
296	Ожоги (уровень 3)	Лечение пострадавших с глубокими ожогами 3 ст. (площадью менее 10%)	T20.0, T20.3, T20.4, T20.7, T21.0, T21.3, T21.4, T21.7, T22.0, T22.3, T22.4, T22.7, T23.0, T23.3, T23.4, T23.7, T24.0, T24.3, T24.4, T24.7, T25.0, T25.3, T25.4, T25.7, T29.0, T29.3, T29.4, T29.7, T30.3, T30.7	T31.0, T32.0
297	Ожоги (уровень 4)	Лечение пострадавших с глубокими ожогами 3 ст. (площадью 10% - 29%)	T20.0, T20.3, T20.4, T20.7, T21.0, T21.3, T21.4, T21.7, T22.0, T22.3, T22.4, T22.7, T23.0, T23.3, T23.4, T23.7, T24.0, T24.3, T24.4, T24.7, T25.0, T25.3, T25.4, T25.7, T29.0, T29.3, T29.4, T29.7, T30.3, T30.7	T31.1, T31.2, T32.1, T32.2
		Термические и химические ожоги внутренних органов	T27.0, T27.1, T27.2, T27.3, T27.4, T27.5, T27.6, T27.7	
298	Ожоги (уровень 5)	Лечение пострадавших с глубокими ожогами 3 ст. (площадью более 30%)	T20.0, T20.3, T20.4, T20.7, T21.0, T21.3, T21.4, T21.7, T22.0, T22.3, T22.4, T22.7, T23.0, T23.3, T23.4, T23.7	T31.3, T31.4, T31.5, T31.6

			T24.0,T24.3,T24.4,T24.7, T25.0,T25.3,T25.4,T25.7, T29.0,T29.3,T29.4,T29.7, T30.3,T30.7	T31.7, T31.8, T31.9, T32.3, T32.4, T32.5, T32.6, T32.7, T32.8, T32.9
--	--	--	---	---

Исключением являются ожоги дыхательной системы (коды МКБ-10), при наличии которых случай относится к КСГ 297 Ожоги (уровень 4) независимо от степени и площади ожога туловища.

Ожоги других внутренних органов относятся к КСГ иных профилей, например:

T28.5	Химический ожог рта и глотки	198	Другие болезни органов пищеварения, взрослые
T28.5	Химический ожог рта и глотки	169	Другие болезни органов пищеварения, дети
T28.0	Термический ожог рта и глотки	198	Другие болезни органов пищеварения, взрослые
T28.0	Термический ожог рта и глотки	169	Другие болезни органов пищеварения, дети

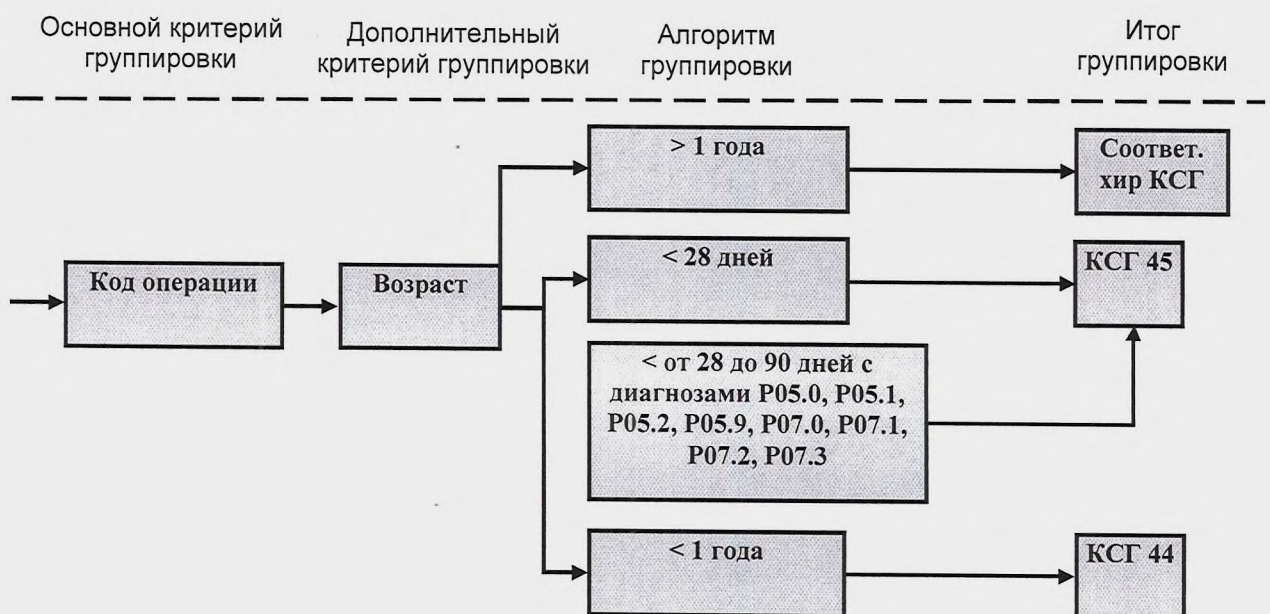
8.4. Группы, формируемые с учетом возраста:

КСГ 45 Детская хирургия, уровень 1

КСГ 46 Детская хирургия, уровень 2

Дополнительный критерий отнесения: возраст и сопутствующий диагноз.

Алгоритм формирования групп:



При отнесении случая к КСГ 46, 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 данной группе может производиться в период не более 90 дней со дня рождения.

Дети возрастом от 90 дней до года классифицируются по тем же операциям в КСГ 45.

8.5. КСГ 109 «Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций»

Дополнительный критерий отнесения: возраст.

Формирование данной группы осуществляется с применением кодов номенклатуры:

Код услуги	Наименование услуги
A16.09.011.002	Неинвазивная искусственная вентиляция легких
A16.09.011.003	Высокочастотная искусственная вентиляция легких
A16.09.011.004	Синхронизированная перемежающаяся принудительная вентиляция легких

Отнесение к данной КСГ производится в следующих случаях:

– если новорожденный ребенок характеризуется нормальной массой тела при рождении, но страдает заболеванием, требующем использования искусственной вентиляции легких. В этом случае критерием новорожденности является возраст не более 28 дней;

– если ребенок имел при рождении низкую массу тела, но госпитализируется по поводу другого заболевания, требующего использования искусственной вентиляции легких. В этом случае отнесение к данной группе может производиться в период не более 90 дней со дня рождения; должен быть указан основной диагноз (являющийся поводом к госпитализации) и сопутствующий диагноз - недоношенность (обозначается кодами МКБ 10 диагноза P05.0, P05.1, P05.2, P05.9, P07.0, P07.1, P07.2, P07.3).

Алгоритм формирования группы:



Также с учетом возраста формируется ряд других КСГ, дополнительным критерием группировки в которых является возраст – менее 18 лет (код 5).

Внимание: на листе «Группировщик» возраст до 18 лет кодируется кодом 5 в поле «Возраст». Для «взрослых» КСГ код возраста установлен 6. Для КСГ не имеющих отметки о возрасте в Группировщике, отнесение осуществляется без учета возраста.

Универсальный алгоритм формирования группы с учетом возраста:



8.6. Некоторые особенности формирования КСГ акушерско-гинекологического профиля

В новой версии группировщика формирование КСГ акушерско-гинекологического профиля производится следующим образом.

Отнесение к КСГ 4 «Родоразрешение» при любом основном диагнозе класса XV. Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99), включенном в данную КСГ, производится при комбинации с любой из трех услуг:

B01.001.006	Ведение патологических родов врачом-акушером-гинекологом
B01.001.009	Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом
B02.001.002	Ведение физиологических родов акушеркой

Если при наличии диагноза класса XV. Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99) нет закодированных услуг, соответствующих родоразрешению, случай относится к КСГ 2 «Осложнения, связанные с беременностью».

Большинство услуг, представляющих собой акушерские манипуляции, операции, не используется в группировке в связи с нецелесообразностью их использования как **основного** критерия отнесения к конкретной КСГ. Это, например, следующие услуги:

Код услуги	Наименование услуги
A16.20.005.001	Расширение шейечного канала
A16.20.070	Наложение акушерских щипцов
A16.20.071	Вакуум-экстракция плода
A16.20.071.001	Экстракция плода за тазовый конец
A16.20.073	Ручное пособие при тазовом предлежании плода (по Цовьянову)
A16.20.073.001	Поворот плода за ножку
A16.20.073.002	Классическое ручное пособие при тазовом предлежании плода
A16.20.076	Наложение гемостатических компрессионных швов (B-lunch)
A16.20.076.001	Наложение клемм по Бакшееву
A16.20.076.002	Наложение клемм по Генкелю-Тиканадзе
A16.20.077	Установка внутриматочного баллона
A16.20.073.003	Ручное отделение плаценты и выделение последа

Такой подход в полной мере соответствует заранее заложенному в основу формирования КСГ принципу и ни в коей мере не означает, что проведение таких операций при родоразрешении или искусственном аборте не финансируется системой ОМС. Он означает, что их проведение *уже учтено при расчете коэффициента относительной затроемкости случаев* в соответствующей КСГ.

При выполнении операции кесарева сечения (A16.20.005 Кесарево сечение) случай относится к КСГ 5 вне зависимости от диагноза.

С целью снижения стимулов к искажению статистики и перевода пациентов в более затратные категории, в группировщике предусмотрено однозначное отнесение к КСГ4 «Родоразрешение» комбинаций диагнозов, входящих в КСГ 4, и следующих услуг:

- A16.20.007 «Пластика шейки матки»;
- A16.20.015 «Восстановление тазового дна»;
- A16.20.023 «Восстановление влагалищной стенки»;
- A16.20.024 «Реконструкция влагалища»;
- A16.20.030 «Восстановление вульвы и промежности»;

Если в ходе оказания медицинской помощи роженице выполнялась операция, входящая в КСГ 13 или 14 (операции на женских половых органах уровней 3 и 4), например субтотальная или тотальная гистерэктомия, отнесение случая производится к КСГ по коду операции.

8.7. Особенности формирования отдельных КСГ, объединяющих случаи лечения болезней системы кровообращения

В новой версии группировщика отнесение к большинству КСГ кардиологического (а также ревматологического или терапевтического) профиля производится путем комбинации двух классификационных критериев: терапевтического диагноза и услуги.

Это следующие КСГ:

№ КСГ	Наименование КСГ
Круглосуточный стационар	

№ КСГ	Наименование КСГ
Круглосуточный стационар	
70	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
71	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии
73	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
75	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
194	Ревматические болезни сердца (уровень 2)
214	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2)
216	Другие болезни сердца (уровень 2)
Дневной стационар	
33	Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов

Соответственно, если предусмотренные для отнесения к этим КСГ услуги не оказывались, случай классифицируется по диагнозу в соответствии с кодом МКБ 10.

Аналогичный подход применяется при классификации госпитализаций при инфаркте мозга: при проведении тромболитической терапии и/или ряда диагностических манипуляций случай относится к одной из двух КСГ:

№ КСГ	Наименование КСГ	КЗ
92	Инфаркт мозга, уровень 2	3,12
93	Инфаркт мозга, уровень 3	4,51

Если никаких услуг, являющихся классификационными критериями, больным не оказывалось, случай должен относиться к КСГ 91 «Инфаркт мозга, уровень 1».

Классификационные критерии отнесения к КСГ 92 и 93:

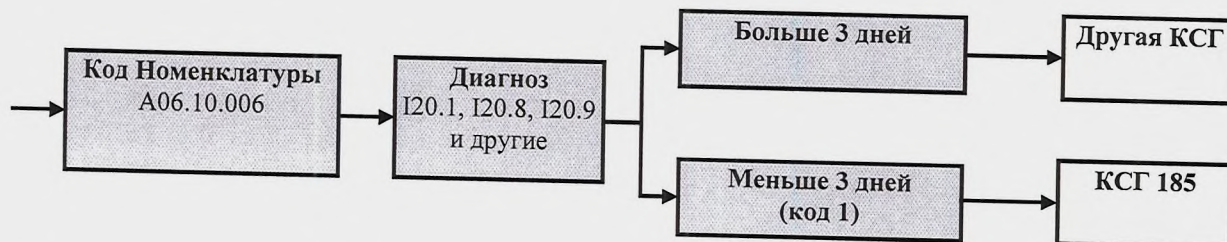
Код услуги	Наименование услуги	КСГ
A06.12.031.001	Церебральная ангиография тотальная селективная	93
A05.12.006	Магнитно-резонансная ангиография с контрастированием (одна область)	93
A06.12.056	Компьютерно-томографическая ангиография сосудов головного мозга	93
A25.30.036.002	Назначение ферментных фибринолитических лекарственных препаратов для внутривенного введения при инсульте	92
A06.12.031	Церебральная ангиография	93
A25.30.036.003	Назначение ферментных фибринолитических лекарственных препаратов для внутриартериального введения при инсульте	93

8.8. КСГ 198 Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы

Данная КСГ предназначена для оплаты краткосрочных (не более трех дней) случаев госпитализации, целью которых является затратоемкое диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения.

Отнесение к данной КСГ производится по комбинации критериев: услуга, представляющая собой метод диагностического обследования, и терапевтический диагноз.

Алгоритм формирования группы:



8.9. Некоторые особенности формирования КСГ, классифицирующих случаи диагностики и лечения злокачественных опухолей

8.9.1. Лекарственная терапия злокачественных новообразований (КСГ 32-34 и 144-157 круглосуточного стационара, 14-16 и 52-63 дневного стационара)

Отнесение случаев к группам, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у взрослых (кроме ЗНО кроветворной и лимфоидной ткани), осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» (C00-C80, C97) и кода схемы лекарственной терапии (sh001-sh267). При этом за законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, указанному в столбце «Количество дней введения в тарифе» листа «Схемы в ГР».

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.

Пример 1: схема 035 - гемцитабин 1000 мг/м² в 1-й, 8-й дни; цикл 21 день

Количество дней введения в тарифе – 1.

В один законченный случай входит один день введения гемцитабина одному больному, соответственно, за каждый 21-дневный цикл у каждого больного предусмотрено 2 госпитализации: первая для введения гемцитабина в 1-й день, вторая – для введения гемцитабина в 8-й день.

Пример 2: схема 193 - фторурацил 425 мг/м² в 1-5-й дни + кальция фолиат 20 мг/м² в 1-5-й дни; цикл 28 дней

Количество дней введения в тарифе – 5.

В один законченный случай входит пять последовательных дней введения лекарственных препаратов одному больному; соответственно, за каждый 28-дневный цикл у одного больного предусмотрена одна

госпитализация. При применении данной схемы в каждый день введения больной получает 2 лекарственных препарата.

Отнесение случаев лекарственного лечения с применением схем, не включенных в справочник в качестве классификационного критерия, производится по кодам sh901 или sh902 по следующему правилу:

sh901	Прочие схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях: C15, C16, C18, C19, C20, C22, C25, C32, C34, C43, C44, C48, C50, C53, C54, C56, C57, C61, C64, C67, C73
sh902	Прочие схемы лекарственной терапии при иных злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей): C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C11, C12, C13, C14, C17, C21, C23, C24, C26, C30, C31, C33, C37, C38, C39, C40, C41, C45, C46, C47, C49, C51, C52, C55, C58, C60, C62, C63, C65, C66, C68, C69, C70, C71, C72, C74, C75, C76, C77, C78, C79, C80, C97

Отнесение случаев к группам, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований (кроме ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей) у детей, и злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей у детей и взрослых производится аналогично прошлому году, а именно на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С», кодов Номенклатуры и возраста - менее 18 лет или 18 лет и более, при этом за законченный случай принимается курс химиотерапевтического лечения, выполненный в период одной госпитализации.

Отнесение к КСГ 32-34 и 144-145 круглосуточного и КСГ 14-16 и 52-53 дневного стационара производится по кодам Номенклатуры:

A25.30.014 Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у детей;

A25.30.033 Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у взрослых.

Отнесение к КСГ 157 круглосуточного и 63 дневного стационара «Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы» производится путем комбинации кодов C81-C96 и кодов Номенклатуры:

Код услуги	Наименование услуги
A25.30.033.001	Назначение лекарственной терапии с применением моноклональных антител при онкологическом заболевании у взрослых
A25.30.033.002	Назначение лекарственной терапии с применением ингибиторов протеинкиназы при злокачественном новообразовании у взрослых

Название услуги включает наименование группы лекарственного препарата согласно анатомо-терапевтическо-химической (АТХ) классификации. В медицинской организации при назначении конкретного лекарственного препарата определяется его принадлежность к АТХ-группе и выбирается соответствующая услуга для кодирования.

Например, применение препарата, который согласно АТХ-классификации относится к моноклональным антителам, кодируется услугой А25.30.033.001. Назначение лекарственной терапии с применением моноклональных антител при онкологическом заболевании у взрослых.

8.9.2. КСГ 158 Фебрильная нейтропения, агранулоцитоз вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) и КСГ 159 Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)

В модели КСГ 2018 г. предусмотрено выделение отдельных КСГ 158 и 159 лечения фебрильной нейтропении, агранулоцитоза и для установки замены порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей). Данные КСГ применяются в случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз или установка, замены порт-системы являются основным поводом для госпитализации.

В случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз развивается у больного, госпитализированного с целью проведения специального противоопухолевого лечения, оплата производится по КСГ с наибольшим КЗ. Аналогично, если больному в рамках одной госпитализации устанавливают порт систему и проводят лекарственное лечение, оплата производится по КСГ с наибольшим КЗ.

Отнесение случая к КСГ 158 осуществляется по двум кодам МКБ-10 (D70 Агранулоцитоз и C00-C80, C97). При этом поводом для госпитализации является диагноз D70, поэтому его необходимо кодировать в поле «Основное заболевание», в поле «Дополнительный диагноз» необходимо указать код МКБ-10, соответствующий злокачественному заболеванию (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) – C00-C80 или C97.

Отнесение случая к КСГ 159 осуществляется по коду МКБ-10 (C.) и кода Номенклатуры А11.12.001.002 Имплантация подкожной венозной порт системы. При этом по коду данной услуги также допустимо кодирование установки и замены периферического венозного катетера – ПИК-катетера (ввиду отсутствия соответствующей услуги в Номенклатуре).

8.9.3. Лучевая терапия (КСГ 160-162 круглосуточного и 46-48 дневного стационара)

Отнесение к соответствующей группе осуществляется на основании кодов лучевой терапии, приведенных в таблице «Номенклатура».

8.9.4. Хирургическая онкология

Отнесение к ряду КСГ производится при комбинации диагнозов класса С и услуг, обозначающих выполнение оперативного вмешательства.

К таким КСГ относятся:

117	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
118	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
119	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3)
120	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
121	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
122	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1)
123	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
124	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3)
125	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
126	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
127	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3)
128	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 1)
129	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 2)
130	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1)
131	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2)
132	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 1)
133	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 2)
134	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1)
135	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2)
136	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3)
137	Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости

139	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях
140	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
141	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
142	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1)
143	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2)

Отнесение к КСГ 130, 131 при выполнении мастэктомии производится по коду оперативного вмешательства вне зависимости от диагноза (исходя из того, что подавляющее большинство подобных вмешательств очевидно выполняется при злокачественных новообразованиях молочной железы).

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.

8.9.4. КСГ 138 Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения (КСГ 51 в дневном стационаре)

Отнесение к данной КСГ производится, если диагноз относится к классу С, при этом больному не оказывалось услуг, являющихся классификационным критерием (химиотерапии, лучевой терапии, хирургической операции).

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

8.9.5. КСГ 221 Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования

Отнесение случая к этой группе осуществляется с применением соответствующего кода номенклатуры из раздела «В». Данная группа предназначена в основном 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.

8.10. Лекарственная терапия при хронических вирусных гепатитах в дневном стационаре (КСГ 22 Вирусный гепатит В хронический, лекарственная терапия, КСГ 23 Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3, КСГ 24 Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3, КСГ

25 и 26 Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 1, 4 (уровень 1 и 2))

Отнесение к данным КСГ производится по комбинации кода МКБ-10 и кодов Номенклатуры.

Коды МКБ 10, использующиеся как классификационные критерии отнесения случаев к КСГ 22-26

Код диагноза	Наименование диагноза	КСГ
	Основной диагноз	
B18.0	Хронический вирусный гепатит В с дельта-агентом	КСГ 22 Вирусный гепатит В хронический, лекарственная терапия
B18.1	Хронический вирусный гепатит В без дельта-агента	КСГ 22 Вирусный гепатит В хронический, лекарственная терапия
B18.2	Хронический вирусный гепатит С	КСГ 23 Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3, КСГ 24 Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3 КСГ 25 Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 1, 4 (уровень 1) КСГ 26 Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 1, 4 (уровень 2)
	Сопутствующий диагноз	
K74.3	Первичный билиарный цирроз	КСГ 24 Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3
K74.4	Вторичный билиарный цирроз	КСГ 24 Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3
K74.5	Билиарный цирроз неуточненный	КСГ 24 Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3
K74.6	Другой и неуточненный цирроз печени	КСГ 24 Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3

Коды Номенклатуры, использующиеся как классификационные критерии отнесения случаев к КСГ 22-26

Код услуги	Наименование услуги
------------	---------------------

A25.14.004.001	Назначение лекарственной терапии с применением интерферонов при хроническом вирусном гепатите С, генотип 1
A25.14.004.002	Назначение лекарственной терапии с применением ингибиторов протеаз при хроническом вирусном гепатите С, генотип 1
A25.14.004.003	Назначение лекарственной терапии с применением прочих противовирусных препаратов при хроническом вирусном гепатите С, генотип 1
A25.14.005.001	Назначение лекарственной терапии с применением интерферонов при хроническом вирусном гепатите С, генотип 2
A25.14.006.001	Назначение лекарственной терапии с применением интерферонов при хроническом вирусном гепатите С, генотип 3
A25.14.007.001	Назначение лекарственной терапии с применением интерферонов при хроническом вирусном гепатите С, генотип 4
A25.14.007.002	Назначение лекарственной терапии с применением ингибиторов протеаз при хроническом вирусном гепатите С, генотип 4
A25.14.007.003	Назначение лекарственной терапии с применением прочих противовирусных препаратов при хроническом вирусном гепатите С, генотип 4
A25.14.008.001	Назначение лекарственной терапии с применением интерферонов при хроническом вирусном гепатите В
A25.14.008.002	Назначение лекарственной терапии с применением нуклеозидов и нуклеотидов – ингибиторов обратной транскриптазы при хроническом вирусном гепатите В

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 22-26 дневного стационара.

Например, применение препарата, который согласно АТХ-классификации относится к группе «Прочие противовирусные препараты», кодируется услугами А25.14.004.003 «Назначение лекарственной терапии с применением прочих противовирусных препаратов при хроническом вирусном гепатите С, генотип 1» или А25.14.007.003 «Назначение лекарственной терапии с применением прочих противовирусных препаратов при хроническом вирусном гепатите С, генотип 4».

При назначении комбинации из препаратов, который согласно АТХ-классификации относится к разным группам (например, «Интерфероны» и «Ингибиторы протеаз») отнесение производится к КСГ с большим коэффициентом затратоемкости (КСГ 26).

Коэффициент затратоемкости для этих КСГ приведен в расчете на усредненные затраты на 1 месяц терапии. При этом длительность терапии определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи.

8.11. КСГ «Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина» (86 для круглосуточного стационара; 38 для дневного стационара)

Отнесение к данной КСГ производится по комбинации кода МКБ-10 (диагноза) и кодов Номенклатуры, обозначающих услуги по назначению лекарственных препаратов.

Перечень диагнозов и услуг, являющихся классификационным критерием отнесения к КСГ 86 круглосуточного стационара и КСГ 38 дневного стационара

Код МКБ 10/услуги	Диагноз/название услуги
G20	Болезнь Паркинсона
G23.0	Болезнь Геллервордена-Шпатца
G24	Дистония
G24.0	Дистония, вызванная лекарственными средствами
G24.1	Идиопатическая семейная дистония
G24.2	Идиопатическая несемейная дистония
G24.3	Спастическая кривошея
G24.4	Идиопатическая рото-лицевая дистония
G24.5	Блефароспазм
G24.8	Прочие дистонии
G24.9	Дистония неуточненная
G35	Рассеянный склероз
G43	Мигрень
G43.0	Мигрень без ауры [простая мигрень]
G43.1	Мигрень с аурой [классическая мигрень]
G43.2	Мигренозный статус
G43.3	Осложненная мигрень
G43.8	Другая мигрень
G43.9	Мигрень неуточненная
G44	Другие синдромы головной боли
G44.0	Синдром "гистаминовой" головной боли
G44.1	Сосудистая головная боль, не классифицированная в других рубриках
G44.2	Головная боль напряженного типа
G44.3	Хроническая посттравматическая головная боль
G44.4	Головная боль, вызванная применением лекарственных средств, не классифицированная в других рубриках
G44.8	Другой уточненный синдром головной боли
G80	Детский церебральный паралич
G80.0	Спастический церебральный паралич

G80.1	Спастическая диплегия
G80.2	Детская гемиплегия
G80.3	Дискинетический церебральный паралич
G80.4	Атактический церебральный паралич
G80.8	Другой вид детского церебрального паралича
G80.9	Детский церебральный паралич неуточненный
G81.1	Спастическая параплегия
G81.9	Гемиплегия неуточненная
G82.1	Спастическая параплегия
G82.4	Спастическая тетраплегия
G82.5	Тетраплегия неуточненная
A25.24.001.002	Назначение ботулинического токсина при заболеваниях периферической нервной системы

8.12. КСГ «Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина» (314 круглосуточного стационара; 118 дневного стационара) (профиль «Прочее»).

Отнесение к данной КСГ производится по комбинации кода МКБ-10 (диагноза) и кодов Номенклатуры, обозначающих услуги по назначению лекарственных препаратов.

Перечень диагнозов и услуг, являющихся классификационным критерием отнесения к КСГ 314 круглосуточного стационара и КСГ 118 дневного стационара

Код МКБ 10	Диагноз	Код услуги	Название услуги
G70.2	Врожденная или приобретенная миастения	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G61.8	Другие воспалительные полиневропатии	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G70.0	Myasthenia gravis	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G36.9	Острая диссеминированная	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы

	демиелинизация неуточненная		иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G36.1	Острый и подострый геморрагический лейкоэнцефалит [болезнь харста]	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G35	Рассеянный склероз	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G36.8	Другая уточненная форма острой диссеминированной демиелинизации	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G58.7	Множественный мононеврит	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G61.0	Синдром гийена- барре	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G36.0	Оптиконевромиелит [болезнь девика]	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G37.3	Острый поперечный миелит при демиелинизирующей болезни центральной нервной системы	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
G37.5	Концентрический склероз [бало]	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного

			мозга
G37.1	Центральная демиелинизация мозолистого тела	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
G37.9	Демиелинизирующая болезнь центральной нервной системы неуточненная	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
G37.2	Центральный понтийный миелиноз	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
G37.4	Подострый некротизирующий миелит	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
G51.0	Паралич Белла	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G37.0	Диффузный склероз	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
G37.8	Другие уточненные демиелинизирующие болезни центральной нервной системы	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного

			мозга
G37	Другие демиелинизирующие болезни центральной нервной системы	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
G11.3	Мозжечковая атаксия с нарушением репарации ДНК	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
D69.3	Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура	A25.05.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях системы органов кроветворения и крови

8.13. КСГ 316 круглосуточного стационара «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии» и КСГ 121 дневного стационара «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов»

Отнесение к данным КСГ производится по комбинации кода МКБ-10 (диагноза) и кодов Номенклатуры, обозначающих услуги по назначению лекарственных препаратов.

При комбинации кода МКБ-10 (диагноза) и кода Номенклатуры A25.30.035 Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб) дополнительным классификационным критерием является возраст: до двух лет.

Диагнозы и услуги, являющиеся классификационным критерием отнесения к КСГ 316 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии» и КСГ 121 дневного стационара «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов»

Код МКБ-10	Диагноз	Код услуги	Название услуги
I70.2	Атеросклероз артерий конечностей	A25.12.001.001	Назначение дезоксирибонуклеиновой кислоты плазмидной (сверхскрученной кольцевой двуцепочной) при заболеваниях периферических артерий

I70.8	Атеросклероз других артерий	A25.12.001.001	Назначение дезоксирибонуклеиновой кислоты плазмидной (сверхскрученной кольцевой двуцепочной) при заболеваниях периферических артерий
J45.0	Астма с преобладанием аллергического компонента	A25.09.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы прочих препаратов для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей для системного применения
K50.0	Болезнь Крона тонкой кишки	A25.17.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях тонкой кишки
K50.0	Болезнь Крона тонкой кишки	A25.17.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях тонкой кишки
K50.1	Болезнь Крона толстой кишки	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K50.1	Болезнь Крона толстой кишки	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K50.8	Другие разновидности болезни Крона	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K50.8	Другие разновидности болезни Крона	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K50.9	Болезнь Крона неуточненная	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K50.9	Болезнь Крона неуточненная	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K51	Язвенный колит	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K51	Язвенный колит	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K51.0	Язвенный (хронический) энтероколит	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K51.0	Язвенный (хронический) энтероколит	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K51.1	Язвенный (хронический) илеоколит	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки

K51.1	Язвенный (хронический) илеоколит	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K51.2	Язвенный (хронический) проктит	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K51.2	Язвенный (хронический) проктит	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K51.3	Язвенный (хронический) ректосигмоидит	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K51.3	Язвенный (хронический) ректосигмоидит	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K51.4	Псевдополипоз ободочной кишки	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K51.4	Псевдополипоз ободочной кишки	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K51.5	Мукозный проктоколит	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K51.5	Мукозный проктоколит	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K51.8	Другие язвенные колиты	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K51.8	Другие язвенные колиты	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K51.9	Язвенный колит неуточненный	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K51.9	Язвенный колит неуточненный	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
L40.0	Псориаз обыкновенный	A25.01.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при заболеваниях кожи
L40.0	Псориаз обыкновенный	A25.01.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях кожи
L40.1	Генерализованный пустулезный псориаз	A25.01.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях кожи

L40.1	Генерализованный пустулезный псориаз	A25.01.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при заболеваниях кожи
L50.1	Идиопатическая крапивница	A25.09.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы прочих препаратов для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей для системного применения
M05.0	Синдром Фелти	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M05.0	Синдром Фелти	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M05.0	Синдром Фелти	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M05.1	Ревматоидная болезнь легкого (j99.0)	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M05.1	Ревматоидная болезнь легкого (j99.0)	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M05.1	Ревматоидная болезнь легкого (j99.0)	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M05.2	Ревматоидный васкулит	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M05.2	Ревматоидный васкулит	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M05.2	Ревматоидный васкулит	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M05.3	Ревматоидный артрит с вовлечением др. органов и систем	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M05.3	Ревматоидный артрит с вовлечением др. органов и систем	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M05.3	Ревматоидный артрит с вовлечением др. органов и систем	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M05.3	Ревматоидный артрит с вовлечением др. органов и систем	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M05.8	Другие серопозитивные ревматоидные артриты	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях

M05.8	Другие серопозитивные ревматоидные артриты	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M05.8	Другие серопозитивные ревматоидные артриты	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M05.9	Серопозитивный ревматоидный артрит неуточненный	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M05.9	Серопозитивный ревматоидный артрит неуточненный	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M05.9	Серопозитивный ревматоидный артрит неуточненный	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M06.0	Серонегативный ревматоидный артрит	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M06.0	Серонегативный ревматоидный артрит	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M06.0	Серонегативный ревматоидный артрит	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M06.1	Болезнь Стилла, развившаяся у взрослых	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M06.1	Болезнь Стилла, развившаяся у взрослых	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M06.1	Болезнь Стилла, развившаяся у взрослых	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M06.9	Ревматоидный артрит неуточненный	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M07.0	Дистальная межфаланговая псориатическая артропатия (140.5+)	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M07.0	Дистальная межфаланговая псориатическая артропатия (140.5+)	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M07.0	Дистальная межфаланговая псориатическая артропатия (140.5+)	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M07.1	Мутилирующий артрит (140.5+)	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при

			артропатиях, спондилопатиях
M07.1	Мутилирующий артрит (140.5+)	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M07.1	Мутилирующий артрит (140.5+)	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M07.2	Псориатический спондилит (140.5+)	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M07.2	Псориатический спондилит (140.5+)	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M07.2	Псориатический спондилит (140.5+)	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M07.3	Др. псориатические артропатии (140.5+)	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M07.3	Др. псориатические артропатии (140.5+)	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M07.3	Др. псориатические артропатии (140.5+)	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M08.0	Юношеский ревматоидный артрит	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M08.0	Юношеский ревматоидный артрит	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M08.0	Юношеский ревматоидный артрит	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M08.1	Юношеский анкилозирующий спондилит	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M08.1	Юношеский анкилозирующий спондилит	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M08.1	Юношеский анкилозирующий спондилит	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M08.2	Юношеский артрит с системным началом	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях

M08.2	Юношеский артрит с системным началом	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M08.2	Юношеский артрит с системным началом	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M08.3	Юношеский полиартрит (серонегативный)	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M08.3	Юношеский полиартрит (серонегативный)	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M08.3	Юношеский полиартрит (серонегативный)	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M30.0	Узелковый полиартериит	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M30.1	Полиартериит с поражением легких [черджа-стросса]	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M30.2	Ювенильный полиартериит	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M30.2	Ювенильный полиартериит	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M30.2	Ювенильный полиартериит	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M30.2	Ювенильный полиартериит	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M30.3	Слизисто-кожный лимфодулярный синдром [кавасаки]	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M30.8	Другие состояния, связанные с узелковым полиартериитом	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M31.0	Гиперчувствительный ангиит	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M31.1	Тромботическая микроангиопатия	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани

M31.2	Смертельная срединная гранулема	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M31.3	Гранулематоз вегенера	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M31.4	Синдром дуги аорты [такаясу]	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M31.5	Гигантоклеточный артериит с ревматической полимиалгией	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M31.6	Другие гигантоклеточные артерииты	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M31.7	Микроскопический полиангиит	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M31.8	Другие уточненные некротизирующие васкулопатии	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M31.9	Некротизирующая васкулопатия неуточненная	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M33.0	Юношеский дерматомиозит	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M33.0	Юношеский дерматомиозит	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M33.0	Юношеский дерматомиозит	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M35.0	Сухой синдром [Шегнера]	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M35.1	Другие перекрестные синдромы	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M35.2	Болезнь бехчета	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани

M35.3	Ревматическая полимиалгия	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M35.4	Диффузный (эозинофильный) фасциит	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M35.5	Многоочаговый фибросклероз	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M35.6	Рецидивирующий панникулит вебера-крисчена	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M35.7	Гипермобильный синдром разболтанности, излишней подвижности	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M35.8	Другие уточненные системные поражения соединительной ткани	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M35.9	Системные поражения соединительной ткани неуточненные	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M45	Анкилозирующий спондилит	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M45	Анкилозирующий спондилит	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M45	Анкилозирующий спондилит	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
P07.0	Крайне малая масса тела при рождении	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
P07.1	Другие случаи малой массы тела при рождении	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
P07.2	Крайняя незрелость	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
P07.3	Другие случаи недоношенности	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)

P27.1	Бронхолегочная дисплазия, возникшая в перинатальном периоде	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q20.0	Общий артериальный ствол	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q20.1	Удвоение выходного отверстия правого желудочка	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q20.2	Удвоение выходного отверстия левого желудочка	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q20.3	Дискордантное желудочково-артериальное соединение	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q20.4	Удвоение входного отверстия желудочка	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q20.5	Дискордантное предсердно-желудочковое соединение	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q20.6	Изомерия ушка предсердия	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q20.8	Другие врожденные аномалии сердечных камер и соединений	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q20.9	Врожденная аномалия сердечных камер и соединений неуточненная	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q21.0	Дефект межжелудочковой перегородки	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q21.1	Дефект предсердной перегородки	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q21.2	Дефект предсердно-желудочковой перегородки	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q21.3	Тетрада фалло	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина

			специфического (паливизумаб)
Q21.4	Дефектперегородки между аортой и легочной артерией	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q21.8	Другие врожденные аномалии сердечной перегородки	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q21.9	Врожденная аномалия сердечной перегородки неуточненная	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q22.0	Атрезия клапана легочной артерии	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q22.1	Врожденный стеноз клапана легочной артерии	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q22.2	Врожденная недостаточность клапана легочной артерии	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q22.3	Другие врожденные пороки клапана легочной артерии	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q22.4	Врожденный стеноз трехстворчатого клапана	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q22.5	Аномалия Эбштейна	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q22.6	Синдром правосторонней гипоплазии сердца	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q22.8	Другие врожденные аномалии трехстворчатого клапана	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q22.9	Врожденная аномалия трехстворчатого клапана неуточненная	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q23.0	Врожденный стеноз аортального клапана	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)

Q23.1	Врожденная недостаточность аортального клапана	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q23.2	Врожденный митральный стеноз	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q23.3	Врожденная митральная недостаточность	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q23.4	Синдром левосторонней гипоплазии сердца	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q23.8	Другие врожденные аномалии аортального и митрального клапанов	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q23.9	Врожденная аномалия аортального и митрального клапанов неуточненная	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q24	Другие врожденные аномалии [пороки развития] сердца	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q24.0	Декстрокардия	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q24.1	Левокардия	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q24.2	Трехпредсердное сердце	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q24.3	Воронкообразный стеноз клапана легочной артерии	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q24.4	Врожденный субаортальный стеноз	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q24.5	Аномалия развития коронарных сосудов	A25.30.035	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)

Название услуги включает наименование группы лекарственного препарата согласно АТХ-классификации и диагноз. 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 302 круглосуточного и КСГ 111 дневного стационара.

Например, применение препарата, который согласно АТХ-классификации относится к группе «Ингибиторы фактора некроза опухоли альфа», кодируется услугами:

- А25.01.001.001 Назначение лекарственной терапии с применением ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях кожи;
- А25.04.001.001 Назначение лекарственной терапии с применением ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях;
- А25.17.001.001 Назначение лекарственной терапии с применением ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях тонкой кишки
- А25.18.001.001 Назначение лекарственной терапии с применением ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки.

8.14. КСГ 306 круглосуточного стационара «Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов»

Отнесение случая к данной КСГ производится по кодам услуг Номенклатуры:

- А11.17.003 Установка интестинальной помпы
- А11.17.003.001 Замена интестинальной помпы
- А11.23.007.001 Заправка баклофеновой помпы

8.15. Реанимационные КСГ

Отнесение к КСГ 322 «Реинфузия аутокрови», КСГ 323 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация» и КСГ 324 «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

Отнесение случаев лечения с пациентов с органной дисфункцией к КСГ 22 «Панкреатит с синдромом органной дисфункции», КСГ 62 «Сепсис с синдромом органной дисфункции», КСГ 220 «Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции» и КСГ 299 «Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции» осуществляется с учетом в том числе дополнительного классификационного критерия – «оценка состояния пациента» с кодом «it1».

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

1. Непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 72 часов и более;

2. Оценка по Шкале органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), – не менее 5.

Для кодирования признака «it1» должны выполняться одновременно оба условия. За основу берется оценка по шкале SOFA 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.

Градации оценок по шкале SOFA:

Оценка	Показатель	0 балл	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Дыхание	$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$, мм рт.ст.	> 400	< 400	< 300	< 200	< 100
Сердечно-Сосудистая Система	Среднее АД, мм рт.ст. или вазопрессоры, мкг/кг/мин	> 70	< 70	Дофамин < 5 или добутамин (любая доза)	Дофамин 5-15 или адреналин < 0,1 норадреналин < 0.1	Дофамин >15 или адреналин > 0,1 или норадреналин > 0,1
Коагуляция	Тромбоциты, $10^3/\text{мкл}$	> 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Печень	Билирубин, ммоль/л, мг/дл	< 20 < 1,2	20-32 1,2-1,9	33-101 2,0-5,9	102-201 6,0-11,9	>204 ≥ 12,0
Почки	Креатинин, мкмоль/л, мг/дл	<110 <1,2	110-170 1,2-1,9	171-299 2,0-3,4	300-440 3,5-4,9	>440 >4,9
ЦНС	Шкала Глазго, баллы	15	13-14	10-12	6-9	<6

Примечания:

- Дисфункция каждого органа оценивается отдельно в динамике.
- PaO_2 в mm Hg и FIO_2 в % 0.21 – 1.00.
- Адренергические препараты назначены как минимум на 1 час в дозе мкг на кг в минуту.
- Среднее АД в mm Hg =

$$= ((\text{систолическое АД в mm Hg}) + (2 * (\text{диастолическое АД в mm Hg}))) / 3.$$
- 0 баллов – норма; 4 балла – наибольшее отклонение от нормального значения

– Общий балл SOFA = Сумма баллов всех 6 параметров.

Интерпретация:

- минимальный общий балл: 0
- максимальный общий балл: 24
- чем выше балл, тем больше дисфункция органа.
- чем больше общий балл, тем сильнее мультиорганная дисфункция.

Шкала комы Глазго, используемая для оценки дисфункции центральной нервной системы, представлена ниже:

Клинический признак	Балл
Открывание глаз	
отсутствует	1
в ответ на болевой стимул	2
в ответ на обращенную речь	3
произвольное	4
Вербальный ответ	
отсутствует	1
нечленораздельные звуки	2
неадекватные слова или выражения	3
спутанная, дезориентированная речь	4
ориентированный ответ	5
Двигательный ответ	
отсутствует	1
тоническое разгибание конечности в ответ на болевой стимул (децеребрация)	2
тоническое сгибание конечности в ответ на болевой стимул (декортикация)	3
отдергивание конечности в ответ на болевой стимул	4
целенаправленная реакция на болевой стимул	5
выполнение команд	6

Примечания:

15 баллов – сознание ясное;

10-14 баллов – умеренное и глубокое оглушение;

9-10 баллов – сопор;

7-8 баллов – кома 1-й степени;

5-6 баллов – кома 2-й степени;

3-4 балла – кома 3-й степени.

Отнесение к КСГ 321 «Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении» по коду МКБ-10 (основное заболевание) и коду дополнительного классификационного критерия «it2», означающего непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 480 часов и более.

8.16. Особенности формирования КСГ по профилю «Офтальмология»

Выполнение косметических процедур за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется. В связи с этим оплата по КСГ услуги A16.26.046.001 «Экимерлазерная 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 «Экимерлазерная 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 A16.26.046 «Кератэктомия».

Выявление данных случаев необходимо осуществлять в рамках проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования.

9. Правила округления стоимости медицинской помощи

При контроле стоимости случая оказанной медицинской помощи руководствоваться математическим правилом округления до целого числа полученного значения суммы после окончательного перемножения базового тарифа на все коэффициенты (коэффициент затратоемкости, коэффициент уровня/подуровня стационара, коэффициент, утвержденный при оказании медицинской помощи средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием, КСЛП) и учета необходимого % от тарифа при прерванном случае лечения при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара.