

Приложение 4  
к Решению Комиссии по  
разработке Территориальной  
программы ОМС Свердловской  
области  
Протокол от 28.01.2022 № 1

**Правила  
кодирования медицинских услуг и применения тарифов  
на оплату медицинской помощи по ОМС в 2022 году**

**Оглавление**

Правила кодирования в амбулаторно-поликлинических условиях .....	7
1. Кодирование отдельных медицинских услуг .....	7
1) Неотложная медицинская помощь .....	7
2) Случаи оказания медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий .....	8
3) Услуги в травматологических пунктах, в приемных отделениях стационара для не госпитализированных пациентов .....	10
4) Медицинская помощь при укусе клеща с введением/без введения противоклещевого иммуноглобулина: .....	11
5) А06.03.061.101 «Денситометрия методом двухэнергетической рентгеновской абсорциометрии» включается в реестр медицинскими организациями, имеющими соответствующее оборудование .....	11
6) Исследования на НКВИ COVID-19 перед госпитализацией .....	12
7) Тестирование НКВИ методом ПЦР .....	13
2. Отдельные диагностические (лабораторные) исследования, оплачиваемые вне рамок подушевого финансирования .....	13
3. Онкоскрининги .....	15
4. Медицинские услуги в рамках стандартов (комплексных посещений) .....	16
1) Приказ Минздрава Свердловской области и ТФОМС Свердловской области №1423-п/347 от 29.08.2016 «Об оплате из средств обязательного медицинского страхования случаев оказания медицинской помощи при бесплодии на территории Свердловской области» .....	16
2) Приказ Минздрава Свердловской области от 26.08.2016 №1404-п «О совершенствовании оказания консультативно-диагностической медицинской помощи женщинам группы среднего и высокого риска в период беременности в медицинских учреждениях» .....	18
3) Приказ Минздрава СО от 09.02.2015 № 128-п «Об организации урологической помощи взрослому населению на территории Свердловской области» .....	23
4) Прерывание беременности (стандарт 1624) .....	25
5) Комплексная услуга А06.09.005.101 «Оказание медицинской помощи в «Амбулаторном центре компьютерной томографии» .....	25
6) Комплексная услуга А06.09.005.102 «Оказание медицинской помощи в «Амбулаторном центре медицинской помощи детям с проведением рентгенографии легких» .....	25

7) Комплексная услуга A06.09.005.103 «Оказание медицинской помощи в «Амбулаторном центре медицинской помощи детям с проведением компьютерной томографии легких»».....	26
8) Услуги перитонеального диализа (стандарт 1814) .....	26
5. Диспансеризация, профилактические осмотры и посещения центров здоровья взрослого и детского населения.....	26
6. Углубленные медицинские осмотры лиц, занимающихся спортом на этапах спортивной подготовки, и лиц, обучающихся по дополнительным предпрофессиональным программам в области физической культуры и спорта (углубленный уровень) в образовательных организациях дополнительного образования (углубленное медицинское обследование) (коды стандартов 6577, 6578, 6579): .....	30
7. Стоматологическая медицинская помощь (законченные случаи лечения из разделов услуг 303 «КСГ в стоматологии», 302 «Посещение в стоматологии», 304 «Услуга в стоматологии») .....	31
8. Медицинские услуги, отраженные в справочнике исключений .....	36
Правила кодирования и оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара .....	37
1. Применение коэффициентов сложности лечения пациента (КСЛП) .....	37
2. Медицинская помощь по профилю «Онкология» .....	40
3. Медицинская помощь пациентам с ОНМК .....	44
4. Медицинская помощь по профилю «Кардиология» .....	45
5. Медицинская помощь по профилю «Медицинская реабилитация» .....	47
6. Правила кодирования медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией .....	5
7. Особенности кодирования отдельных КСГ по другим профилям .....	8
8. Правила кодирования и оплаты по двум КСГ в рамках одного случая .....	21
9. Правила оплаты случаев медицинской помощи одновременно по тарифам высокотехнологичной помощи (ВМП) и клинико-статистической группы (КСГ) .....	32
Правила кодирования в дневном стационаре .....	33
1. Применение коэффициентов сложности лечения пациента (КСЛП) .....	33
2. Правила кодирования услуг в рамках процедуры ЭКО .....	33
3. Химиотерапевтическое лечение ЗНО .....	5
4. КСГ «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов» (ds36.008.1-ds36.010.6) .....	8
5. КСГ «Системные поражения соединительной ткани, артропатии, спондилопатии» взрослые (ds24.001.1), дети (ds22.001) с введением инъекционного химиотерапевтического препарата (например, метотрексата) .....	10
6. КСГ «Остеопатии с применением антирезорбтивных препаратов» (ds24.001.2) .....	10
7. Правила оплаты по двум КСГ в рамках одного случая .....	10
Правила кодирования и оплаты скорой медицинской помощи .....	12
Рекомендации по кодированию услуг (вызовов) выездных консультативно-реанимационных бригад в СМП .....	12
Не подлежат включению в реестр вызовы СМП с результатами лечения: .....	13

## **Правила кодирования в амбулаторно-поликлинических условиях (Приложения 15-19 к Тарифному соглашению)**

### **1. Кодирование отдельных медицинских услуг**

#### **1) Неотложная медицинская помощь**

В посещениях в неотложной форме учитывается (коды А00-Т98 МКБ-10):

- неотложная медицинская помощь, оказанная отделением (кабинетом) неотложной медицинской помощи, являющимся структурным подразделением поликлиники (врачебной амбулатории), в том числе на дому и по месту выезда бригады неотложной помощи с применением кодов стандарта:

1703 (Оказание неотложной помощи врачом специалистом кабинета/отделения неотложной помощи);

1704 (Оказание неотложной помощи фельдшером кабинета/отделения неотложной помощи);

- посещения в связи с оказанием неотложной стоматологической помощи (при острых заболеваниях и травмах челюстно-лицевой области);

- неотложная медицинская помощь, оказанная врачом (фельдшером) общей врачебной практики на дому при вызове медицинского работника;

- посещения в приемных отделениях стационаров при оказании неотложной медицинской помощи пациентам, не нуждающимся в госпитализации для оказания стационарной медицинской помощи;

- посещения в связи с оказанием неотложной травматологической помощи в кабинетах неотложной травматологии и ортопедии (травмпункты);

- посещения по поводу укуса клеща с введением/без введения противоклещевого иммуноглобулина.

Посещения на дому при вызове врача, в том числе и для оказания неотложной помощи, которые выполняются участковыми врачами-терапевтами и врачами-педиатрами не подлежат учету как посещения в неотложной форме и должны учитываться как лечебно-диагностические посещения (разовые посещения в связи с заболеванием, первичные и повторные посещения в рамках обращения по заболеванию).

К неотложному посещению медработником лицензированного отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи на дому и по месту выезда бригады неотложной помощи может быть добавлена услуга В04.069.333 «Оказание помощи вне медицинской организации».

В реестры счетов по ОМС не включаются посещения в связи с констатацией смерти и с патронажем отдельных групп населения при выявлении или угрозе возникновения эпидемии инфекционного заболевания, больных инфекционным заболеванием, контактных с ними лиц и лиц, подозрительных на инфекционное заболевание, в том числе путем подворных (поквартирных) обходов, осмотров работников и учащихся в реестры.

## **2) Случаи оказания медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий**

В приложениях 15, 17 к Тарифному соглашению включены коды приемов врачей-специалистов по модели врач-врач, врач-пациент и медицинские услуги с использованием телемедицинских технологий.

Медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь по территориальному принципу, могут применять только следующие стандарты: 906 «Организация обращения пациента за телемедицинской консультацией» и 911 «Телемедицинское консультирование при дистанционном взаимодействии врача и пациента».

### **Для кодирования врачебных консультаций:**

1) по модели «врач-врач» используются коды консультативных приемов врачей с использованием телемедицинских технологий в соответствии со специальностью врача, например, В01.058.003.888 «Консультация врача-детского эндокринолога при дистанционном взаимодействии врачей».

При участии в консультативном приеме более чем 1 врача-специалиста с использованием телемедицинских технологий оказанная медицинская помощь может быть занесена в реестр с услугой В01.047.001.889 «Консилиум врачей с использованием телемедицинских технологий». Данная услуга включается в реестр медицинской организацией 1 раз в случае, при этом в реестре должны быть указаны минимум два разных врача разных специальностей.

2) по модели «врач-пациент» применяются коды повторных приемов врачей с использованием телемедицинских технологий в соответствии со специальностью врача, например, В01.058.002.888 «Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога повторный с использованием телемедицинских технологий».

### **Для кодирования случаев обращений за врачебной консультацией:**

1) по модели «врач-врач» при обращении за телемедицинской консультацией в условиях АПП, СЗП, КСС, в том числе ВМП включаются в состав случая услуги:

- А23.30.099.006 «Обращение за телемедицинской консультацией»;
- А23.30.099.010 «Обращение за телемедицинской консультацией в национальные медицинские исследовательские центры (НМИЦ)» ;

В условиях АПП данные услуги оплачиваются по соответствующему тарифу, в условиях стационара и дневного стационара применяется соответствующий КСЛП.

2) по модели «врач-пациент» при условии, что телемедицинская консультация осуществляется в поликлинике в технически оборудованном помещении без присутствия лечащего врача (пациент консультируется с врачом-консультантом в режиме онлайн), используется код услуги А23.30.099.007 «Организация обращения пациента за телемедицинской консультацией».

**Для кодирования случаев медицинской реабилитации в амбулаторных условиях** с использованием телемедицинских технологий в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Свердловской области в реестр включаются услуги:

- 1) для ООО «КИМ» в следующем порядке:
  - все услуги, оказанные пациенту специалистами ООО «КИМ», включаются в ТАП в рамках законченного случая реабилитации. Даты начала и окончания случая реабилитации соответствуют датам оказания первой и завершающей услуги реабилитации;
  - в рамках законченного случая реабилитации по стандарту 907 «Оказание услуг медицинской реабилитации с использованием телемедицинских технологий» включаются все оказанные услуги специалистов, даты соответствуют фактическим датам их оказания, зафиксированным в первичной медицинской документации. В одну дату не могут быть включены услуги одного и того же специалиста более 1 раза, кодирование услуг по основному диагнозу производится по кодам МКБ-10, соответствующим перенесенной острой церебральной недостаточности;
- 2) для кодирования случаев обращений других медицинских организаций за услугами реабилитации в ООО «КИМ» в реестр включается услуга А23.30.099.009 «Обращение за услугами реабилитации с использованием телемедицинских технологий» в рамках стандарта 908 «Обращение за услугами реабилитации с использованием телемедицинских технологий».

Для кодирования телемедицинских консультаций по модели «врач-врач» в соответствии с **приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 18.07.2019 №1386-п «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 08.02.2018 №165-п «Об оказании медицинской помощи детям, страдающим заболеваниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты»** (врачи-офтальмологи ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум» проводят консультацию с применением телемедицинских технологий **в режиме отложенных консультаций** снимков глазного дна, сделанных и направленных в «МКМЦ «Бонум» врачом-офтальмологом перинатального центра или отделения второго этапа выхаживания недоношенных детей ГБУЗ СО «ДГБ г. Нижний Тагил», ГБУЗ СО «ДГБ г. Каменск-Уральский», ГБУЗ СО «Краснотурьинская ГБ») применяются услуги:

- В01.029.001.999 «Консультативный прием врача-офтальмолога с применением телемедицинских технологий в режиме отложенных консультаций» для ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум»;
- по модели «врач-врач» А23.30.099.006 «Обращение за телемедицинской консультацией» – для остальных МО (в условиях АПП данная услуга оплачивается по соответствующему тарифу, в

условиях стационара и дневного стационара применяется соответствующий КСЛП).

### **3) Услуги в травматологических пунктах, в приемных отделениях стационара для не госпитализированных пациентов**

Раздел	Код	Наименование
301	A04.16.001.101	Комплексное ультразвуковое исследование органов брюшной полости (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка) в травматологических пунктах или в приемных отделениях стационара для негоспитализированных пациентов
301	A04.28.003.101	Ультразвуковое исследование органов мошонки в травматологических пунктах или в приемных отделениях стационара для негоспитализированных пациентов
301	A04.23.001.101	Нейросонография в травматологических пунктах или в приемных отделениях стационара для негоспитализированных пациентов
301	A06.09.007.101	Прицельная рентгенография органов грудной клетки в травматологических пунктах или в приемных отделениях стационара для негоспитализированных пациентов
301	A06.03.005.101	Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях в травматологических пунктах или в приемных отделениях стационара для негоспитализированных пациентов
301	A06.03.020.101	Рентгенография позвоночника, вертикальная в травматологических пунктах или в приемных отделениях стационара для негоспитализированных пациентов
301	A06.03.036.101	Рентгенография нижней конечности в травматологических пунктах или в приемных отделениях стационара для негоспитализированных пациентов
301	A06.03.021.101	Рентгенография верхней конечности в травматологических пунктах или в приемных отделениях стационара для негоспитализированных пациентов
301	A06.16.001.101	Рентгеноскопия пищевода в травматологических пунктах или в приемных отделениях стационара для негоспитализированных пациентов
301	A04.28.002.101	Ультразвуковое исследование почек в травматологических пунктах или в приемных отделениях стационара для негоспитализированных пациентов
301	A04.18.001.101	Ультразвуковое исследование кишечника в травматологических пунктах или в приемных отделениях стационара для негоспитализированных пациентов

Случай лечения с данными услугами включается в реестры счетов при условии, что он не закончился госпитализацией пациента в круглосуточный стационар. При этом случай должен удовлетворять следующим условиям:

- 1) В одном случае (ТАП) с услугами должно быть как минимум одно посещение специалиста из раздела 300 в отделении с номенклатурой 8 – Приемное или 18 – Травмпункт;
- 2) Случай (ТАП) должен быть закрыт отделением с номенклатурой 8 – Приемное или 18 – Травмпункт.

В случае лечения отображаются все оказанные услуги, при этом данные услуги подаются за тем отделением и специалистом, где и кем фактически оказаны.

**4) Медицинская помощь при укусе клеща с введением/без введения противоклещевого иммуноглобулина:**

(в соответствии с письмом Министерства здравоохранения Свердловской области и ТФОМС Свердловской области от 07.05.2019 № 03-01-821/5117/24-01-01/1542)

- посещение в неотложной форме из раздела 300 (посещение в АПП);
- при введении противоклещевого иммуноглобулина - код услуги из раздела 301 (услуга в АПП): B04.014.004.998 «Введение противоклещевого иммуноглобулина взрослым» или B04.014.004.999 «Введение противоклещевого иммуноглобулина детям» с кодом по МКБ-10 Z29.1 «Профилактическая иммунотерапия».

**5) A06.03.061.101 «Денситометрия методом двухэнергетической рентгеновской абсорциометрии»** включается в реестр медицинскими организациями, имеющими соответствующее оборудование

(письмо главного внештатного специалиста-ревматолога Министерства здравоохранения Свердловской области (№ 20601-15-02/2045 от 02.12.2019), проводится следующим категориям пациентов:

- лицам, имеющим переломы на фоне проводимого лечения остеопороза;
- необходимость оценки динамики минеральной плотности костной ткани в конце курсового лечения (через несколько лет от начала терапии) для решения вопроса о его прекращении;

- лицам с индивидуальной 10-летней вероятностью переломов в интервале между низкой и высокой вероятностью переломов. 10-летняя вероятность переломов рассчитывается с помощью программы FRAX, находящейся в свободном доступе в сети Интернет. Оценка результата FRAX проводится при сопоставлении с таблицей 1 «Порог вмешательства по FRAX для оценки показаний к денситометрии» отдельно для мужчин и женщин. При показателях FRAX для основных переломов (major osteoporotic) между нижней и верхней точками порога вмешательства показано проведение денситометрии.

При наличии множественных переломов, перелома позвонка (позвонков) или проксимального отдела бедра у мужчин в возрасте 50 лет и старше и у женщин после наступления менопаузы денситометрия не проводится, так как такой пациент является кандидатом на лечение без проведения денситометрии.

**анкета:**

1. Возраст (от 40 до 90 лет) или дата рождения

Возраст: Дата рождения:

 год:  месяц:  день: 

2. Пол

☒ Мужской ☐ женский

3. Вес (кг)

4. Рост (см)

5. Предшествующий перелом

☒ нет ☐ да

6. Перелом бедра у родителей

☒ нет ☐ да

7. Курение в настоящее время

☒ нет ☐ да

8. Глюкокортикоиды

☒ нет ☐ да

9. Ревматоидный артрит

☒ нет ☐ да

10. Вторичный остеопороз

☒ нет ☐ да

11. Алкоголь от 3 единиц и более в день

☒ нет ☐ да

12. Минеральная плотность кости (МПК)

Выбирать BMD ▾

Очистить

Посчитать

Порог вмешательства по FRAХ для оценки показаний к денситометрии

Таблица 1

Возрастные группы	Женщины		Мужчины	
	нижняя точка порога	верхняя точка порога	нижняя точка порога	верхняя точка порога
40-44	5,2	13,7		
45-49	6,1	15,7		
50-54	6,9	17	4,7	11,5
55-59	7,9	18,7	4,7	11,4
60-64	8,9	20,9	4,8	11,2
65-69	9,8	22,3	4,7	10,7
70-74	11,4	24,2	4,7	10,5
75-79	13,4	26,9	5,4	11,2
80-84	14	27,1	6,3	12,2
85-90	11,6	22,2	6,4	12,6

**6) Исследования на НКВИ COVID-19 перед госпитализацией**

Проведение исследований перед госпитализацией для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в соответствии с приказом Минздрава России от 19.03.2020 № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» кодируются в рамках стандарта 1104 «Исследования на COVID-19 перед госпитализацией», включающего следующие медицинские услуги:

- А26.08.008.101 «Исследование по определению ДНК и/или РНК одного микроорганизма в любом биологическом материале»;
- А26.08.008.102 «Исследование по определению ДНК и/или РНК одного микроорганизма в любом биологическом материале (с учетом стоимости тест-системы)»;



- А26.19.092.101 «Иммунохроматографическое экспресс-исследование в цельной крови/сыворотке/плазме (IgG+IgM) к антигенам COVID-19»;
- А11.08.010.001.1 «Определение антигена SARS-CoV2 в мазке из носоглотки иммунохроматографическим методом»;
- А06.09.005 «Компьютерная томография органов грудной полости».

При проведении вместо услуги А06.09.005 «Компьютерная томография органов грудной полости» обзорной рентгенографии легких (А06.09.007 «Рентгенография легких») последняя включается в реестр счетов в рамках стандарта 1106 «Обзорная рентгенография легких при подозрении на COVID-19 перед госпитализацией».

## **7) Тестирование НКВИ методом ПЦР**

А26.08.008.101 «Исследование по определению ДНК и/или РНК одного микроорганизма в любом биологическом материале» и А26.08.008.102 «Исследование по определению ДНК и/или РНК одного микроорганизма в любом биологическом материале (с учетом стоимости тест-системы)» с помощью методов амплификации нуклеиновых кислот применяются только для этиологической лабораторной диагностики при подозрении на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 в соответствии с Временными методическими рекомендациями «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» (утв. Минздравом России), актуальными на дату оказания медицинской помощи.

Данные услуги за счет средств ОМС проводятся в следующих случаях:

- 1) наличие у пациента признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие НКВИ;
- 2) наличие у пациента НКВИ COVID-19, в том числе для оценки результатов проводимого лечения;
- 3) положительный результат исследования на выявление возбудителя НКВИ COVID-19, полученный с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации).

При направлении на эти исследования медицинская организация должна обеспечить заполнение следующих полей в реестрах счетов:

NPR_MO	код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию)
NPR_DOCTOR	код врача, направившего на лечение (диагностику, консультацию)
NPR_TYPE	тип направления
NPR_NUM	номер направления на лечение (диагностику, консультацию)
NPR_DATE	дата направления на лечение (диагностику, консультацию)

## **2. Отдельные диагностические (лабораторные) исследования, оплачиваемые вне рамок подушевого финансирования**

Учет ведется отдельно с заполнением отдельного талона амбулаторного пациента (ТАП) только на данные медицинские услуги.

Фактически оказанные услуги магнитно-резонансной томографии включаются в реестр счетов в рамках кода стандарта 1194 «Услуги магнитно-резонансной томографии, в т.ч. с контрастированием», в состав которого также включена услуга B01.003.004 «Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение)» для детей. В один ТАП может быть включено до 3х услуг магнитно-резонансной томографии (МРТ) разных анатомических областей и одна услуга анестезиологического пособия; не допускается одновременное включение в один ТАП услуг (МРТ) и снимка (МРТ). В состав стоимости услуг МРТ включены расходы по проведению снимка и интерпретации его результатов, в стоимость услуг снимков МРТ включены расходы только на производство снимка без стоимости интерпретации его результатов, с этой целью в иной медицинской организации предусмотрена услуга A06.30.002.006 «Описание и интерпретация магнитно-резонансных томограмм с применением телемедицинских технологий в референс-центре».

Услуги компьютерной томографии (КТ), в т.ч. спиральной, включаются в реестр счетов в рамках кода стандарта 1192 «Услуги компьютерных томографических исследований, в т.ч. с контрастированием» в состав которого также включена услуга B01.003.004 «Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение)» для детей. В один ТАП может быть включено до 3х услуг КТ разных анатомических областей и одна услуга анестезиологического пособия; не допускается одновременное включение в один ТАП услуг КТ и снимка КТ.

В состав стоимости услуг КТ включены расходы по проведению снимка и интерпретации его результатов, в стоимость услуг снимков КТ включены расходы только на производство снимка без стоимости интерпретации его результатов, с этой целью в иной медицинской организации предусмотрена услуга A06.30.002.005 «Описание и интерпретация компьютерных томограмм с применением телемедицинских технологий в референс-центре».

Услуги ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, молекулярно-генетических, иммуногистохимических, гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний включаются в реестр счетов в рамках соответствующих кодов стандартов: 1707 «Ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы», 1100 «Определение отдельных молекулярно-генетических исследований», 1102 «Проведение иммуногистохимических исследований», 1197 «Гистологические исследования с целью выявления онкологических заболеваний».

Молекулярно-генетические и иммуногистохимические исследования включаются в реестр с указанием кода основного диагноза по МКБ-10 (ЗНО, по поводу которого проводится исследование).

Эндоскопические диагностические исследования включаются в реестр счетов в рамках стандарта 1706 «Эндоскопические диагностические исследования», в состав которого включены услуги:

B01.003.004 «Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение)» при проведении эндоскопии под наркозом взрослым и детям;

A03.18.001 «Колоноскопия»;

A03.16.001 «Эзофагогастродуоденоскопия»;

A03.08.004 «Эндоскопическая риноскопия»;

A03.19.002 «Ректороманоскопия»;

A03.09.001 «Фибробронхоскопия для взрослых»;

A08.30.006.101 «Гистологическое исследование с целью выявления онкологических заболеваний».

Таким образом, в один ТАП могут быть включены до 6 услуг в рамках стандарта 1706. Услуги приема врача-специалиста и биопсии включаются в другой ТАП.

### **3. Онкоскрининги**

В соответствии с приказом Минздрава Свердловской области от 15.03.2019 № 462-п «О проведении скрининговых исследований на злокачественные новообразования на территории Свердловской области» кодирование медицинских услуг производится в следующем порядке:

При проведении онкоскрининга в МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (за исключением ГАУЗ СО «СООД»);

1) все услуги включаются в ТАП в рамках законченного случая проведения онкоскрининга. Даты начала и окончания случая соответствуют датам оказания первой и завершающей услуги либо посещений врача-онколога. Законченные случаи проведения онкоскрининга по набору услуг различны для мужчин и женщин;

2) в законченный случай проведения онкоскрининга по стандартам 1111 «Проведение скрининговых исследований на злокачественное новообразование у мужчин в МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь» и 1121 «Проведение скрининговых исследований на злокачественное новообразование у женщин в МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь» может быть включено от 2 до 8 медицинских услуг для мужчин и от 3 до 11 для женщин. В рамках стандарта 1121 услуга A11.20.025.777 «Осмотр фельдшера (акушерки), включая взятие с использованием щетки цитологической цервикальной мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование при проведении скрининговых исследований на злокачественное новообразование» не включается в реестр при условии оказания услуги посещение врача акушера-гинеколога.

При учете в составе онкоскрининга ранее проведенного исследования в течение 12 месяцев до начала онкоскрининга, в т.ч. в другой медицинской организации, в соответствующем поле реестра указывается дата фактического проведения, услуга указывается с нулевым тарифом;

При проведении онкоскрининга в ГАУЗ СО «СООД»:

1) все услуги включаются в ТАП в рамках законченного случая проведения онкоскрининга. Даты начала и окончания случая соответствуют датам оказания первой и завершающей услуги либо посещений врача-онколога. Законченные случаи проведения онкоскрининга по набору услуг различны для мужчин и женщин;

2) в законченный случай проведения онкоскрининга по стандартам 1110 «Проведение скрининговых исследований на злокачественное новообразование у мужчин в онкологическом диспансере» и 1120 «Проведение скрининговых исследований на злокачественное новообразование у женщин в онкологическом диспансере» может быть включено от 2 до 8 медицинских услуг для мужчин и от 3 до 10 для женщин.

При учете в составе онкоскрининга ранее проведенного исследования в течение 12 месяцев до начала онкоскрининга, в т.ч. в другой медицинской организации, в соответствующем поле реестра указывается дата фактического проведения, услуга указывается с нулевым тарифом.

#### **4. Медицинские услуги в рамках стандартов (комплексных посещений)**

1) Приказ Минздрава Свердловской области и ТФОМС Свердловской области №1423-п/347 от 29.08.2016 «Об оплате из средств обязательного медицинского страхования случаев оказания медицинской помощи при бесплодии на территории Свердловской области»

#### **В03.099.009 Комплексное консультативное диспансерное посещение по бесплодному браку (обследование женщин), код 1874**

1. В03.099.009 Комплексное консультативное диспансерное посещение по бесплодному браку (обследование женщин) код 1874 (однократно одной пациентке)

фактически оказанные услуги в рамках В03.099.009

А04.20.002 Ультразвуковое исследование молочных желез

А09.05.901 Исследование на гормоны (ТТГ, СТ4, пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, тестостерон, прогестерон)

А09.30.901 Исследование на ИППП методом ПЦР (хламидии, уреоплазма, микоплазма, ВПГ, ЦМВ)

А12.05.013 Цитогенетическое исследование (кариотип);

фактически оказанные посещения (в рамках стандарта – однократно):

2. В01.001.001 Прием врача акушера-гинеколога первичный;

3. В01.001.002 (Прием врача акушера-гинеколога, повторный);

4. В01.006.001 Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный.

**В03.099.010 Комплексное консультативное диспансерное посещение по бесплодному браку (обследование женщин), код 1834**

1. В03.099.010 Комплексное консультативное диспансерное посещение по бесплодному браку (обследование женщин) код 1834 (однократно одной пациентке)

фактически оказанные услуги в рамках В03.099.010:

А04.20.001.123 Ультразвуковое исследование малого таза у женщин в рамках стандарта

А03.20.001 Кольпоскопия

А09.05.901 Исследование на гормоны (ТТГ, СТ4, пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, тестостерон, прогестерон)

А09.30.901 Исследование на ИППП методом ПЦР (хламидии, уреаплазма, микоплазма, ВПГ, ЦМВ)

и фактически оказанные посещения (в рамках стандарта – однократно):

2. В01.001.001 (Прием врача акушера-гинеколога первичный);

3. В01.001.002 (Прием врача акушера-гинеколога, повторный).

**В03.099.011 Комплексное консультативное диспансерное посещение по бесплодному браку (обследование мужчин), код 1864**

1. В03.099.011 Комплексное консультативное диспансерное посещение по бесплодному браку (обследование мужчин) код 1864 (однократно одному пациенту)

фактически оказанные услуги в рамках В03.099.011:

А09.21.901 Спермограмма

А09.28.051 Микроскопическое исследование отделяемого из уретры на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым препаратам

А12.21.005 Микроскопическое исследование осадка секрета простаты

А09.30.901 Исследование на ИППП методом ПЦР (хламидии, уреоплазма, микоплазма, ВПГ, ЦМВ)

А04.21.901 Ультразвуковое исследование половых органов

А09.05.902 Исследование на гормоны (пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, тестостерон)

А09.30.902 МАР-тест

А12.30.123 Микроделеции в у-хромосоме (AZF)

и фактически оказанные посещения (в рамках стандарта – однократно):

2. В01.053.001 Прием врача-уролога (androлога) первичный

**В03.099.012 Комплексное консультативное диспансерное посещение по бесплодному браку (обследование мужчин), код 1854**

1. В03.099.012 Комплексное консультативное диспансерное посещение по бесплодному браку (обследование мужчин) код 1854 (однократно одному пациенту)

фактически оказанные услуги в рамках В03.099.012:

А09.28.051 Микроскопическое исследование отделяемого из уретры на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым препаратам

А09.21.901 Спермограмма

A12.21.005 Микроскопическое исследование осадка секрета простаты  
 A04.21.901 Ультразвуковое исследование половых органов  
 A09.05.902 Исследование на гормоны (пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, тестостерон)  
 A09.30.901 Исследование на ИППП методом ПЦР (хламидии, уреаплазма, микоплазма, ВПГ, ЦМВ)

и фактически оказанные посещения (в рамках стандарта – однократно):

2. B01.053.001 Прием врача-уролога (андролога) первичный.
3. B01.053.002 Прием врача-уролога (андролога) повторный.

2) Приказ Минздрава Свердловской области от 26.08.2016 №1404-п «О совершенствовании оказания консультативно-диагностической медицинской помощи женщинам группы среднего и высокого риска в период беременности в медицинских учреждениях»

**B03.099.017 Комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования, проводимых при оказании медицинской помощи в сроке 1 триместр беременности в МО второй группы, по стандарту 38612**

1. B03.099.017 Комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования, проводимых при оказании медицинской помощи в сроке 1 триместр беременности в МО второй группы, по стандарту 38612 (однократно одной пациентке),

фактически оказанные услуги в рамках B03.099.017:

B03.016.002 Общий (клинический) анализ крови

B03.016.006 Анализ мочи общий

A12.20.001 Микроскопическое исследование влагалищных мазков

B03.016.004 Анализ крови биохимический общетерапевтический

A12.05.005 Определение основных групп по системе АВ0

A12.05.006 Определение антигена D системы Резус (резус-фактор)

B03.005.006 Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)

A12.06.046 Определение содержания антител к рецептору тиреотропного гормона (ТТГ) в крови

A05.10.006 Регистрация электрокардиограммы

A04.30.001.123 Ультразвуковое исследование плода

фактически оказанные посещения (в рамках стандарта – однократно):

2. B01.001.004 Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога беременной первичный

3. B01.047.001 Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный

4. B01.029.001 Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный

**В03.099.018 Комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования, проводимых при оказании медицинской помощи в сроке 1 триместр беременности в МО третьей группы, по стандарту 38613**

1. В03.099.018 Комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования, проводимых при оказании медицинской помощи в сроке 1 триместр беременности в МО третьей группы, по стандарту 38613 (однократно одной пациентке);

фактически оказанные услуги в рамках В03.099.018:

В03.016.002 Общий (клинический) анализ крови

В03.016.006 Анализ мочи общий

А12.20.001 Микроскопическое исследование влагалищных мазков

В03.016.004 Анализ крови биохимический общетерапевтический

А09.05.076.123 Исследование феррокинетических показателей

А12.05.005 Определение основных групп по системе АВ0

А12.05.006 Определение антигена D системы Резус (резус-фактор)

В03.005.006 Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)

А08.30.008.123 Исследование генетического полиморфизма генов системы гемостаза

А12.06.046 Исследование антител к рецептору тиреотропного гормона (ТТГ) в крови

А05.10.006 Регистрация электрокардиограммы

А04.30.001.123 Ультразвуковое исследование плода

А04.16.001 Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) в рамках стандарта

А04.28.002.001 Ультразвуковое исследование почек

А04.28.002.003 Ультразвуковое исследование мочевого пузыря

А04.22.001 Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез в рамках стандарта

А04.12.002.001 Ультразвуковая доплерография сосудов (артерий и вен) нижних конечностей

А04.10.002 Эхокардиография

фактически оказанные посещения (в рамках стандарта – однократно):

2. В01.001.004 Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога беременной первичный

3. В01.047.001 Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный

4. В01.029.001 Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный

5. В01.058.001 Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный

6. В01.005.001 Прием (осмотр, консультация) врача-гематолога первичный

7. B01.043.001 Прием (осмотр, консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный

8. B01.053.001 Прием (осмотр, консультация) врача-уролога первичный

**B03.099.028 Комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования, проводимых при оказании медицинской помощи в сроке 2 триместр беременности в МО второй группы, по стандарту 38628 (однократно одной пациентке)**

1. B03.099.028 Комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования, проводимых при оказании медицинской помощи в сроке 2 триместр беременности **в МО второй группы**, по стандарту 38628; фактически оказанные услуги в рамках B03.099.028:

B03.016.002 Общий (клинический) анализ крови

B03.016.006 Анализ мочи общий

A12.20.001 Микроскопическое исследование влагалищных мазков

B03.016.004 Анализ крови биохимический общетерапевтический

A12.05.005 Определение основных групп по системе АВ0

A12.05.006 Определение антигена D системы Резус (резус-фактор)

B03.005.006 Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)

A12.06.046 Исследование антител к рецептору тиреотропного гормона (ТТГ) в крови

A05.10.006 Регистрация электрокардиограммы

A04.30.001.123 Ультразвуковое исследование плода

2. B01.001.004 Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога беременной первичный

3. B01.047.001 Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный

4. B01.029.001 Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный

**B03.099.029 Комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования, проводимых при оказании медицинской помощи в сроке 2 триместр беременности в МО третьей группы, по стандарту 38629 (однократно одной пациентке)**

1. B03.099.029 Комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования, проводимых при оказании медицинской помощи в сроке 2 триместр беременности **в МО третьей группы**, по стандарту 38629; фактически оказанные услуги в рамках B03.099.029:

B03.016.002 Общий (клинический) анализ крови

B03.016.006 Анализ мочи общий

A12.20.001 Микроскопическое исследование влагалищных мазков

B03.016.004 Анализ крови биохимический общетерапевтический



- A09.05.076.123 Исследование феррокинетических показателей
- A12.05.005 Определение основных групп крови по системе АВ0
- A12.05.006 Определение антигена D системы Резус (резус-фактор)
- B03.005.006 Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)
- A08.30.008.123 Исследование генетического полиморфизма генов системы гемостаза
- A12.06.046 Исследование антител к рецептору тиреотропного гормона (ТТГ) в крови
- A04.30.001.123 Ультразвуковое исследование плода
- A04.16.001 Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) в рамках стандарта
- A04.28.002.001 Ультразвуковое исследование почек
- A05.10.006 Регистрация электрокардиограммы
- A04.28.002.003 Ультразвуковое исследование мочевого пузыря
- A04.22.001 Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез в рамках стандарта
- A04.12.002.001 Ультразвуковая доплерография сосудов (артерий и вен) нижних конечностей
- A04.10.002 Эхокардиография
- фактически оказанные посещения (в рамках стандарта – однократно):
2. B01.001.004 Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога беременной первичный
  3. B01.047.001 Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный
  4. B01.029.001 Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный
  5. B01.058.001 Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный
  6. B01.005.001 Прием (осмотр, консультация) врача-гематолога первичный
  7. B01.043.001 Прием (осмотр, консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный
  8. B01.053.001 Прием (осмотр, консультация) врача-уролога первичный

**B03.099.019 Комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования, проводимых при оказании медицинской помощи в сроке 3 триместр беременности в МО второй группы, по стандарту 38622(по показаниям)**

1. B03.099.019 Комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования, проводимых при оказании медицинской помощи в сроке 3 триместр беременности **в МО второй группы**, по стандарту 38622; фактически оказанные услуги в рамках B03.099.019:

- V03.016.002      Общий (клинический) анализ крови
- V03.016.006      Анализ мочи общий
- A12.20.001 Микроскопическое исследование влагалищных мазков
- V03.016.004      Анализ крови биохимический общетерапевтический
- A12.05.005 Определение основных групп крови по системе АВ0
- A12.05.006 Определение антигена D системы Резус (резус-фактор)
- V03.005.006      Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)
- A12.06.046 Исследование антител к рецептору тиреотропного гормона (ТТГ) в крови
- A05.10.006 Регистрация электрокардиограммы
- A05.30.001 Кардиотокография плода
- A04.12.001.123 Доплерометрия
- A04.30.001.123 Ультразвуковое исследование плода
- A12.05.006.123 Использование иммуноглобулина человека антирезус RhoD фактически оказанные посещения (в рамках стандарта – однократно):
  - 2. V01.001.004 Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога беременной первичный
  - 3. V01.047.001 Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный
  - 4. V01.029.001 Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный

**V03.099.020 Комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования, проводимых при оказании медицинской помощи в сроке 3 триместр беременности в МО третьей группы, по стандарту 38623 (по показаниям)**

- 1. V03.099.020 Комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования, проводимых при оказании медицинской помощи в сроке 3 триместр беременности в МО третьей группы, по стандарту 38623; фактически оказанные услуги в рамках V03.099.020:
  - V03.016.002      Общий (клинический) анализ крови
  - V03.016.006      Анализ мочи общий
  - A12.20.001 Микроскопическое исследование влагалищных мазков
  - V03.016.004      Анализ крови биохимический общетерапевтический
  - A09.05.076.123 Исследование феррокинетических показателей
  - A12.05.005 Определение основных групп крови по системе А, В, 0)
  - A12.05.006 Определение антигена D системы Резус (резус-фактор)
  - V03.005.006      Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)
  - A08.30.008.123 Исследование генетического полиморфизма генов системы гемостаза
  - A12.06.046 Исследование антител к рецептору тиреотропного гормона (ТТГ) в крови

- A05.10.006 Регистрация электрокардиограммы
- A05.30.001 Кардиотокография плода
- A04.12.001.123 Доплерометрия
- A04.30.001.123 Ультразвуковое исследование плода
- A04.16.001 Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) в рамках стандарта
- A04.28.002.001 Ультразвуковое исследование почек
- A04.28.002 Ультразвуковое исследование мочевыводящих путей
- A04.22.001 Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез в рамках стандарта
- A04.12.002.001 Ультразвуковая доплерография сосудов (артерий и вен) нижних конечностей
- A04.10.002 Эхокардиография
- A12.05.006.123 Использование иммуноглобулина человека антирезус RhoD фактически оказанные посещения (в рамках стандарта – однократно):
  - 2. B01.001.004 Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога беременной первичный
  - 3. B01.047.001 Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный
  - 4. B01.029.001 Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный
  - 5. B01.058.001 Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный
  - 6. B01.005.001 Прием (осмотр, консультация) врача-гематолога первичный
  - 7. B01.043.001 Прием (осмотр, консультация) врача - сердечно-сосудистого хирурга первичный
  - 8. B01.053.001 Прием (осмотр, консультация) врача-уролога первичный

3) Приказ Минздрава СО от 09.02.2015 № 128-п «Об организации урологической помощи взрослому населению на территории Свердловской области»

**B03.099.021 Комплексное, диагностическое посещение экспресс-диагностического урологического кабинета (ЭДУК), мужчины до 45 лет, стандарт 4153**

1. B03.099.021 Комплексное исследование в экспресс-диагностическом урологическом кабинете (ЭДУК), региональном урологическом центре, мужчины до 45 лет

фактически оказанные услуги в рамках B03.099.021:

- A04.21.001.001 Ультразвуковое исследование предстательной железы трансректальное
- A04.28.002.001 Ультразвуковое исследование почек
- A04.21.002 Ультразвуковое исследование сосудов полового члена

- A04.28.002 Ультразвуковое исследование мочевыводящих путей
- A09.28.021.123 Урофлоуметрия
- A09.05.130 Исследование уровня простатспецифического антигена общего в крови
- A09.05.078 Исследование уровня общего тестостерона в крови
- A12.21.003 Микроскопическое исследование уретрального отделяемого и сока простаты
- A03.28.001.123 Цистоскопия в рамках стандарта
- A06.28.004 Ретроградная уретеропиелография
- A16.28.040.123 Бужирование уретры в рамках стандарта
- A04.28.003 Ультразвуковое исследование органов мошонки
- A04.21.001 Ультразвуковое исследование простаты в рамках стандарта
- A12.21.001 Микроскопическое исследование спермы
- 2. B01.053.001 Прием (осмотр, консультация) врача-уролога первичный
- 3. B01.053.002 Прием (осмотр, консультация) врача-уролога повторный

**V03.099.022 Комплексное диагностическое посещение экспресс-диагностического-урологического кабинета (ЭДУК), мужчины старше 45 лет, стандарт 4154**

- 1. V03.099.022 Комплексное исследование в экспресс-диагностическом урологическом кабинете (ЭДУК), региональном урологическом центре, мужчины старше 45 лет
- фактически оказанные услуги в рамках V03.099.022:
- A04.21.001.001 Ультразвуковое исследование предстательной железы трансректальное
- A04.28.002.001 Ультразвуковое исследование почек
- A04.21.002 Ультразвуковое исследование сосудов полового члена
- A04.28.002 Ультразвуковое исследование мочевыводящих путей
- A09.28.021.123 Урофлоуметрия
- A09.05.130 Исследование уровня простатспецифического антигена в крови
- A09.21.003 Микроскопическое исследование уретрального отделяемого и сока простаты
- A09.05.078 Исследование уровня общего тестостерона в крови
- A03.28.001.123 Цистоскопия в рамках стандарта
- A06.28.002 Внутривенная урография
- A16.28.040.123 Бужирование уретры в рамках стандарта
- A11.21.005.123 Биопсия предстательной железы в рамках стандарта
- A04.28.003 Ультразвуковое исследование органов мошонки
- A04.28.002.003 Ультразвуковое исследование мочевого пузыря
- A04.21.001 Ультразвуковое исследование простаты в рамках стандарта
- фактически оказанные посещения:
- 2. B01.053.01 Прием (осмотр, консультация) врача-уролога первичный
- 3. B01.053.02 Прием (осмотр, консультация) врача-уролога повторный

#### **4) Прерывание беременности (стандарт 1624)**

В03.001.005.101 «Комплексная услуга по прерыванию беременности» включает оплату манипуляций врача и акушерки, необходимую терапию в соответствии со стандартом, УЗИ-контроль.

Услуга В01.001.002 «Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога повторный» - для контроля достижения критериев качества лечения.

#### **5) Комплексная услуга А06.09.005.101 «Оказание медицинской помощи в «Амбулаторном центре компьютерной томографии»**

1) услуги с частотой предоставления 1,0:

- осмотр врача приемного отделения;
- пульсоксиметрия;
- компьютерная томография легких;
- описание исследования компьютерная томография легких;
- забор крови из вены;
- общий анализ крови с формулой;
- биохимический анализ крови по показателям АЛТ, мочевины, креатинина, СРБ, глюкозы;
- консультация врача-терапевта;

2) услуги с частотой предоставления 0,25:

- описание исследования компьютерная томография легких в референсном центре;
- ультразвуковое исследование плевральной полости с заключением врача;
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости с заключением врача;
- эхокардиография;
- отбор материала для исследования на COVID-19 (мазок из ротоглотки);
- электрокардиография;
- интерпретация электрокардиографии с заключением врача.

#### **6) Комплексная услуга А06.09.005.102 «Оказание медицинской помощи в «Амбулаторном центре медицинской помощи детям с проведением рентгенографии легких»»**

1) с частотой предоставления 1,0:

- общий анализ крови;
- биохимический анализ крови;
- пульсоксиметрия;
- консультация врача амбулаторного центра;
- отбор материала для исследования на COVID-19 (мазок из ротоглотки и носоглотки);

2) по показаниям с частотой 0,5:

- рентгенограмма легких;

3) по показаниям с частотой 0,1:

- электрокардиография;

- ультразвуковое исследование плевральной полости/органов брюшной полости/сердца (эхокардиография);

**7) Комплексная услуга A06.09.005.103 «Оказание медицинской помощи в «Амбулаторном центре медицинской помощи детям с проведением компьютерной томографии легких»»**

- 1) с частотой предоставления 1,0:
  - общий анализ крови;
  - биохимический анализ крови;
  - пульсоксиметрия;
  - консультация врача амбулаторного центра;
  - консультация врача амбулаторного центра;
  - отбор материала для исследования на COVID-19 (мазок из ротоглотки и носоглотки);
- 2) по показаниям с частотой 0,5:
  - компьютерная томография легких;
- 3) по показаниям с частотой 0,1:
  - электрокардиография;
  - ультразвуковое исследование плевральной полости/органов брюшной полости/сердца (эхокардиография).

**8) Услуги перитонеального диализа (стандарт 1814)**

В реестр медицинской помощи в рамках стандарта 1814 вносится:

1. A18.30.001 - перитонеальный диализ или A18.30.001.002 Перитонеальный диализ с использованием автоматизированных технологий или A18.30.001.003 Перитонеальный диализ при нарушении ультрафильтрации;
2. B01.025.001.001 Прием (осмотр, консультация) врача для проведения перитонеального диализа первичный;
3. B01.025.001.002 Прием (осмотр, консультация) врача для проведения перитонеального диализа повторный.

Оформляется 1 ТАП в течение отчетного периода (месяца) с кодами фактически проведенных услуг (сеансов диализа) с указанием даты. Количество услуг A18.30.001, A18.30.001.002, A18.30.001.003 должно быть равно количеству сеансов диализа.

**5. Диспансеризация, профилактические осмотры и посещения центров здоровья взрослого и детского населения**

Диспансеризация взрослого населения (коды стандартов 7001, 7002, 7003, 7004, 7006, 7007, 7009, 7012, 7013, 7019, 7026, 7027, 7028, 7029, 7030, 7031, 7032, 7033, 7034, 7035, 7036, 7037, 7038, 7039, 7040, 7041, 7042, 7043, 7044, 7045, 7046, 7047, 7048, 7049, 7050, 7051, 7052, 7053, 7054, 7055, 7056, 7057, 7058, 7059, 7060, 7061);

профилактические медицинские осмотры взрослого населения (коды стандартов 6846, 6847, 6848, 6849, 6850, 6851, 6852, 6853, 6854, 6855, 6856, 6857, 6858, 6859, 6860, 6861);

профилактические медицинские осмотры взрослого населения в рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации) (коды стандартов 6862, 6863, 6864, 6865, 6866, 6867, 6868, 6869, 6870, 6871, 6872, 6873, 6874, 6875, 6876, 6877);

диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (коды стандартов 6131, 6141, 6151, 6161, 6173, 6174, 6175, 6176, 6177, 6178, 6182);

диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (коды стандартов 6331, 6341, 6351, 6361, 6373, 6374, 6375, 6376, 6377, 6378, 6382);

профилактические осмотры несовершеннолетних (коды стандартов 6541, 6542, 6543, 6544, 6545, 6546, 6547, 6548, 6549, 6550, 6551, 6552, 6553, 6554, 6555, 6556, 6557, 6558, 6559, 6560, 6561, 6562, 6563, 6564, 6565, 6566, 6567, 6568, 6569, 6570, 6571, 6572, 6573, 6574, 6575, 6576);

включены в подушевой норматив финансирования.

Углубленная диспансеризация взрослого населения (далее – УДВН) (коды стандартов 7062, 7063),

посещения центров здоровья детского и взрослого населения (коды стандартов 1941, 1942, 1944, 2941, 2942, 2944),

не включены в подушевой норматив финансирования и оплачиваются по тарифам посещений и услуг, указанных в Приложениях 15, 17 к Тарифному соглашению.

При проведении осмотров врачом-стоматологом, врачом-стоматологом-детским без оказания стоматологической услуги по заболеванию или профилактических осмотров врачом-стоматологом, врачом-стоматологом-детским при массовых медицинских осмотрах (школы, детские сады, учебные заведения и др.) применяются коды стандартов для профилактических осмотров несовершеннолетних (6501, 6502, 6503, 6504, 6505, 6506, 6507, 6508, 6509, 6510, 6511, 6513, 6514, 6515, 6516, 6517, 6518, 6519, 6520, 6521, 6522, 6523), диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (6152, 6162, 6183, 6184, 6185, 6186, 6187, 6188) и диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (6352, 6362, 6883, 6384, 6385, 6386, 6387, 6388).

Услуга В01.003.004 – «Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение)» включается в реестры только с услугами: А03.16.001- «Эзофагогастродуоденоскопия» и А03.18.001.999 - «Колоноскопия»

(диспансеризация взрослого населения)», при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения.

При проведении профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации обязательными услугами, по которым не допускается «ОТКАЗ», являются:

1. анкетирование;
2. прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером;
3. маммография – для женщин от 40 лет до 75 лет 1 раз в 2 года;
4. исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом от 40 лет до 64 лет – 1 раз в 2 года;
5. осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом – для женщин;
6. взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки – для женщин от 18 лет до 64 лет 1 раз в 3 года;
7. определение простат-специфического антигена в крови – для мужчин в возрасте 45, 50, 55, 60, 64 года.

При невозможности проведения по медицинским показаниям цитологического исследования мазка с шейки матки в связи с экстирпацией матки, *virgo* и маммографии в связи с мастэктомией, в блоке USL заполняется поле NPL – «Неполный объем» значением «2 - медицинские противопоказания».

При проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации) лица, находящегося под диспансерным наблюдением, проводится профилактический осмотр или диспансеризация и применяется код соответствующего профилактического медицинского осмотра взрослого населения или код диспансеризации взрослого населения (указаны выше) в рамках диспансерного наблюдения (коды стандартов 6862, 6863, 6864, 6865, 6866, 6867, 6868, 6869, 6870, 6871, 6872, 6873, 6874, 6875, 6876, 6877).

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации взрослого населения считаются выполненными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации.

При этом если стандарт диспансеризации и профилактического осмотра взрослого населения выполнен в объеме более 85 %, и ранее выполненные осмотры и услуги, а также отказы, составляют не более 15 %, то при формировании реестров счетов к основному случаю 1 этапа диспансеризации или профилактического осмотра, включающему в себя посещения, услуги, оказанные медицинской организацией, и отказы, необходимо обязательно включить услугу 307 раздела.

В случае если число осмотров и услуг, выполненных ранее, а также отказов учитываемых, при диспансеризации или профилактическом осмотре взрослого населения, превышает 15 % от объема диспансеризации или



профилактического осмотра, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем осмотров и услуг, выполненных в рамках диспансеризации или профилактического осмотра, составляет 85% и более от объема диспансеризации или профилактического осмотра, услугу 307 раздела включать не требуется, оплата производится по услугам.

При проведении диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, посещений центров здоровья определенных групп взрослого и детского населения с использованием передвижного (мобильного) ФАП, мобильного лечебно-профилактического модуля, а также вне медицинской организации, в реестрах счетов необходимо заполнять поле VBR «Признак мобильной бригады» значением равным 1 – «да», в стандарте необходимо дополнительно выбрать одну из услуг:

- B04.069.999 – «Оказание помощи с использованием мобильного лечебно-профилактического модуля», если помощь оказана с применением мобильного лечебно-профилактического модуля;
- B04.069.998 - «Оказание помощи в передвижном (мобильном) ФАП» если помощь оказана с применением передвижного (мобильного) ФАП;
- B04.069.333 - «Оказание помощи вне медицинской организации».

В случае проведения медицинской организацией профилактических медицинских осмотров и/или диспансеризации взрослого населения в выходные дни (начало или конец случая приходится на субботу или воскресенье), к тарифу комплексного посещения или случая применяется коэффициент 1,03.

Маммография обеих молочных желез в двух проекциях в рамках диспансеризации взрослого населения проводится с двойным прочтением рентгенограмм, в реестры счетов необходимо включить услуги A06.20.004.99 «Маммография обеих молочных желез в двух проекциях (диспансеризация взрослого населения)» и A06.30.002.999 «Повторное описание и интерпретация рентгенографических изображений маммографии обеих молочных желез в двух проекциях (диспансеризация взрослого населения)», при этом данные услуги должны выполняться двумя врачами-рентгенологами.

Случай УДВН состоит из комплекса, в состав которого входят:

Услуги 1 этапа	Обязательная (+)	Не входит в подушевой (+)
Пульсоксиметрия	+	+
Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков	+	+
Общий (клинический) анализ крови развернутый	+	+
Анализ крови биохимический общетерапевтический	+	+
Проведение теста с физической нагрузкой с использованием эргометра		+
Определение концентрации Д-димера в крови		+
Рентгенография легких		+
Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта		+

профилактический / Прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) профилактический / Прием (осмотр, консультация) фельдшера (акушерки) профилактический.		
<b>Услуги 2 этапа</b>	Обязательная (+)	Не входит в подушевой (+)
Эхокардиография		+
Компьютерная томография органов грудной полости		+
Дуплексное сканирование вен нижних конечностей		+

В случае если УДВН проводится параллельно с основной диспансеризацией (ДВН), прием врача-терапевта, врача общей практики (семейного врача), фельдшера (акушерки) включается в состав основного случая ДВН.

При проведении УДВН допускается включение в случай УДВН ранее выполненной услуги только по рентгенографии органов грудной клетки, включение в стандарт других ранее выполненных услуг не допускается.

Услуга «Биохимический анализ крови» включает в себя холестерин, ЛПНП, С-реактивный белок, АЛТ, АСТ, ЛДГ, креатинин и кодируется в реестрах счетов, как услуга В03.016.004 «Анализ крови биохимический общетерапевтический».

**6. Углубленные медицинские осмотры лиц, занимающихся спортом на этапах спортивной подготовки, и лиц, обучающихся по дополнительным предпрофессиональным программам в области физической культуры и спорта (углубленный уровень) в образовательных организациях дополнительного образования (углубленное медицинское обследование) (коды стандартов 6577, 6578, 6579):**

Медицинский осмотр лица, желающего заниматься физической культурой в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) комплекса ГТО, проводится на основании результатов диспансеризации или профилактического медицинского осмотра, в соответствии с порядками, утверждаемыми Минздравом России.

Медицинской организации необходимо иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей работы (услуги) по лечебной физкультуре и спортивной медицине для проведения углубленных медицинских осмотров (УМО) лиц, занимающихся спортом.

Для оплаты указанных медицинских осмотров, включая осмотры врачей специалистов, обследования и нагрузочные пробы в соответствии с программами медицинских осмотров лиц, занимающихся физической культурой и спортом, предусмотрены тарифы стандартов УМО лиц, занимающихся спортом. При этом посещения врача по спортивной медицине в рамках УМО лиц, занимающихся спортом, не учитываются в реестрах счетов за счет средств ОМС.

Применение иных тарифов для оплаты УМО лиц, занимающихся спортом, недопустимо.

**7. Стоматологическая медицинская помощь (законченные случаи лечения из разделов услуг 303 «КСГ в стоматологии», 302 «Посещение в стоматологии», 304 «Услуга в стоматологии»)**

При включении в реестр медицинской помощи законченных случаев стоматологической помощи, оказанных в амбулаторно-поликлинических условиях, с оплатой по КСГ необходимо указывать на каждую услугу КСГ код основного диагноза по МКБ-10.

Соответствие КСГ и МКБ отражено в справочнике соответствия услуг и оперативных вмешательств SPSEVMKB.

При оказании стоматологической помощи с использованием мобильного лечебно-профилактического модуля в реестр дополнительно включается услуга В04.069.999 «Оказание помощи с использованием мобильного лечебно-профилактического модуля» (услуга не применяется в случаях ортодонтического лечения).

При включении в реестр случаев посещений и случаев лечения стоматологических заболеваний по КСГ в амбулаторных условиях, необходимо указывать специальность врача в соответствии с сертификатом специалиста, оказывающего услугу, и квалификационными требованиями к медицинским работникам с высшим образованием (врач-стоматолог), к медицинским работникам со средним образованием (зубной врач) и лицензии МО на оказание первичной специализированной медицинской помощи.

Медицинские услуги, оказанные детскому населению, представляются к оплате по кодам врачебной специальности врача-стоматолога детского, зубного врача или врача стоматолога общей практики и/или врача стоматолога хирурга в соответствии с сертификатом специалиста, оказывающего услугу, и лицензии МО на оказание первичной специализированной медицинской помощи.

Медицинские услуги, оказанные взрослому населению, представляются к оплате по кодам врачебной специальности врача-стоматолога терапевта, зубного врача или врача стоматолога общей практики и/или врача стоматолога хирурга в соответствии с сертификатом специалиста, оказывающего услугу, и лицензии МО на оказание первичной специализированной медицинской помощи.

При кодировании случаев посещений и случаев лечения стоматологических заболеваний по КСГ в амбулаторных условиях, необходимо указывать номер зуба, пораженную поверхность зуба, анатомическую классификацию кариозных полостей по Блэку, индекс КПУ+кп, количество нелеченых незапломбированных кариозных поражений зубов.

Номер зуба указывается по зубной формуле, предложенной Международной Федерацией стоматологов (FDI). Каждый зуб обозначается двузначным числом, в котором первая цифра обозначает квадрант ряда, а вторая - позицию, занимаемую в нем зубом. Квадранты челюстей обозначаются

цифрами от 1 до 4 для постоянных зубов и от 5 до 8 - для молочных. Например, левый верхний пятый зуб записывается как 2.5, а правый нижний шестой зуб - как 4.6 (читается соответственно два-пять и четыре-шесть).

Зубная формула у одного человека указывается 1 раз в комплексе лечебно-профилактических мероприятий по оздоровлению полости рта (санация).

Соответствие номера зуба зубной формуле отражено в справочнике зубной формулы SPDENTAL.

При включении в реестр случаев лечения стоматологических заболеваний по КСГ в амбулаторных условиях в 303 разделе услуг указывается:

**Индекс КПУ + кп** (число пораженных, удаленных и пломбированных зубов на одного обследованного).

В постоянном прикусе подсчитывают индекс КПУ, в сменном прикусе - КПУ + кп, где:

К – кариозные постоянные зубы;

П – пломбированные постоянные зубы;

У – удаленные постоянные зубы;

к – кариозные временные зубы;

п – пломбированные временные зубы

Индекс КПУ рассчитывают для 32 зубов.

При определении индексов кариеса не учитывают ранние (начальные) формы кариеса зубов в виде очагов деминерализации эмали (белых или пигментированных пятен).

У детей индекс кариеса определяется по общему количеству как постоянных, так и временных зубов - это сумма кариозных и пломбированных постоянных и временных зубов, а также удаленных постоянных зубов у одного ребенка. Не учитываются единицы (временные зубы), которые были удалены или выпали.

Индекс КПУ заполняется значением суммарного выражения этих данных у одного человека.

Индекс КПУ у одного человека указывается 1 раз в комплексе лечебно-профилактических мероприятий по оздоровлению полости рта (санация).

Исключения составляют КСГ хирургического профиля.

**К** – Количество нелеченых незапломбированных кариозных поражений зубов (первичное кариозное поражение). Данное поле заполняется суммарным значением кариозных зубов от 0 до 32 у одного человека 1 раз в комплексе лечебно-профилактических мероприятий по оздоровлению полости рта (санация).

**Анатомическая классификация кариозных полостей по Блэку** заполняется значениями от 1 до 5 на каждую услугу (КСГ), где:

1 – Первый класс по Блэку. Кариозные полости располагаются в области естественных фиссур моляров и премоляров, а также в слепых ямках резцов и клыков;

2 – Второй класс по Блэку. Кариозные полости располагаются на контактных поверхностях моляров и премоляров;

3 – Третий класс по Блэку. Кариозные полости располагаются на контактных поверхностях резцов, клыков без нарушения целости режущего края;

4 – Четвертый класс по Блэку. Кариозные полости располагаются на контактных поверхностях резцов, клыков с нарушением угла и целости режущего края;

5 – Пятый класс по Блэку. Кариозные полости располагаются в пришеечных областях абсолютно всех групп зубов.

Соответствие полости и поверхности отражено в справочнике характеристик зуба SPDENTALSide.

**Пораженная поверхность зуба** заполняется значениями от 1 до 10, где:

1 – вестибулярная (резцы, клыки);

2 – щечная (премоляры, моляры);

3 – небная (верхняя челюсть);

4 – язычная (нижняя челюсть);

5 – жевательная;

6 – апроксимальная (контактная) медиальная (центральная группа зубов);

7 – апроксимальная (контактная) латеральная (центральная группа зубов);

8 – апроксимальная (контактная) передняя (премоляры, моляры);

9 – апроксимальная (контактная) задняя (премоляры, моляры);

10 – разрушение коронки зуба более 50%.

Поверхность зуба указывается для каждой КСГ. При наличии в одном зубе двух пораженных поверхностей указывается поверхность с наибольшей площадью поражения.

Исключения составляют КСГ хирургического профиля и заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта.

Первичным посещением (прием, осмотр, консультация) на стоматологическом приеме является посещение по поводу заболевания (нозологии) в течение одного календарного года в одной медицинской организации (1 раз в год).

Повторным посещением (прием, осмотр, консультация) на стоматологическом приеме является каждое последующее посещение по поводу заболевания (нозологии) в течение одного календарного года в одной медицинской организации.

К объему стоматологической помощи при острых болевых и воспалительных явлениях (неотложное посещение) относится объем стоматологических услуг, достаточных для снятия острого воспалительного (болевого) процесса на момент обращения с положительным симптоматическим результатом, но с недостигнутым клиническим результатом лечения.

Прием, осмотр, консультация врача-специалиста и среднего медицинского персонала (первичный, повторный, профилактический, диспансерный) включают в себя перечень медицинских услуг обязательного ассортимента с частотой предоставления услуги равной 1 обязательных к исполнению.

Законченный случай лечения включает объем выполненных пациенту стоматологических медицинских услуг, включенных в КСГ, в одно посещение или несколько посещений по поводу установленного клинического диагноза в соответствии с кодом МКБ-10 с положительным клиническим результатом: «выздоровление» или «санирован».

Один законченный случай может включать одно и более посещений (посещение - визит к одному врачу в течение одного дня). Если несколько законченных случаев лечения начаты и завершены в один день, то они учитываются как одно посещение.

При включении в реестр законченных случаев стоматологической помощи, с оплатой по КСГ при применении анестезиологического пособия необходимо указывать следующие услуги:

Раздел	Код услуги	Наименование услуги
302	B01.003.001	Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный
302	B01.003.002	Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом повторный
304	B01.003.004	Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение)

Первичным посещением (прием, осмотр, консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом на стоматологическом приеме является посещение по поводу определения возможности и целесообразности проведения лечения зубов под общим обезболиванием в течение одного календарного года в одной медицинской организации не более 2 раз в год.

Повторным посещением (прием, осмотр, консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом на стоматологическом приеме является посещение по поводу оказания стоматологических услуг под общим обезболиванием.

Законченный случай лечения по поводу оказания стоматологических услуг под общим обезболиванием включает объем выполненных пациенту стоматологических медицинских услуг (в УЕТ) в рамках КСГ по поводу установленного клинического диагноза в соответствии с кодом МКБ - 10 с положительным клиническим результатом: «выздоровление» или «санирован» и услуг, связанных с общим обезболиванием.

Один законченный случай лечения включает в себя одну и более КСГ, осмотр (консультацию) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный,

осмотр (консультацию) врачом-анестезиологом-реаниматологом повторный и анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение).

При незаконченном лечении (неявка пациента без уважительной причины на прием к врачу, прекращение лечения и др.) в медицинской документации делается отметка о причинах незаконченности случая.

Профилактические медицинские осмотры у взрослых и детей включают перечень медицинских услуг обязательного ассортимента и проводятся 1 раз в год, за исключением беременных женщин. Профилактический стоматологический осмотр беременных женщин проводится 1 раз в триместр.

При посещении с профилактической целью, не связанном с заболеванием или с обострением хронического заболевания:

- посещение по поводу медицинских осмотров,
- посещение беременных,
- посещение здоровых детей первого года жизни,
- посещение по поводу оформления санаторно-курортной карты,
- осмотр при направлении пациента на удаление зуба,
- при проведении массовых медицинских осмотров (школы, детские сады,

учебные заведения и др.) необходимо использовать код услуги «Посещение врача-специалиста без оказания стоматологической услуги по заболеванию или профилактический осмотр врача-специалиста при массовых медицинских осмотрах (школы, детские сады, учебные заведения и др.)» в сочетании с диагнозом Z01.2 - «Стоматологическое обследование».

Коды услуг посещения с лечебной или профилактической целью, указанных в Приложении № 18 к Тарифному соглашению, не могут применяться одновременно в рамках одного посещения к одному специалисту.

Профессиональная гигиена полости рта проводится в зависимости от степени активности кариеса, скорости образования зубных отложений и состояния пародонта, но не более 2 раз в год.

При оказании медицинской помощи взрослым и детям кратность услуги «Удаление над- и поддесневых зубных отложений», «Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений» и «Профессиональная гигиена полости рта и зубов» охватывает объем работ предусмотренный на одну челюсть.

При оказании медицинской помощи взрослым и детям кратность проведения скрининга при «Повторном приеме (осмотре, консультации)» врача-специалиста и кратность услуги «Обучение гигиене полости рта» составляет 1 раз в год в комплексе лечебно-профилактических мероприятий по оздоровлению полости рта (санация).

Количество КСГ в реестре оказания медицинской помощи одному застрахованному лицу, в рамках одного посещения с одинаковой датой начала услуги должно быть не более 3.

В поле реестра «количество УЕТ» к каждой услуге/КСГ проставляется сумма количества УЕТ по фактически выполненному объему медицинских услуг.

В реестре счетов каждый законченный случай отражается самостоятельной позицией. Остальные услуги по другим поводам (незаконченный случай лечения, неотложная помощь) вносятся в обычном порядке.

Услуги A03.07.001.101 «Люминесцентная стоматоскопия, осуществленная врачом-стоматологом» и A03.07.001.102 «Люминесцентная стоматоскопия, осуществленная зубным врачом» могут включаться в реестр счетов дополнительно к законченному и незаконченному случаям лечения либо в качестве самостоятельной услуги 1 раз в календарном году с заполнением протокола осмотра полости рта и журнала регистрации пациентов, у которых выявлены предраковые заболевания и злокачественные новообразования органов и тканей полости рта, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области № 10-п от 14.01.2020 «Об организации мероприятий по ранней диагностике онкологических заболеваний в полости рта».

В реестре счетов к каждому законченному случаю указывается одна из медицинских услуг, входящая в стандарт лечения КСГ. Медицинские услуги отражены в справочнике SPMEDSERVICE. Соответствие медицинской услуги и специальности отражено в справочнике соответствия услуги и специальности SPSERVSPEC21.

## **8. Медицинские услуги, отраженные в справочнике исключений**

Включение в реестр отдельных медицинских услуг АПП из разделов 301 (услуга в АПП) без указания посещения из раздела 300 (посещение в АПП) допускается только при:

- специальность врача не позволяет самостоятельно сформировать случай в реестре в соответствии со справочником специальностей (SPSPECFED)
- наличии этих услуг в справочнике исключений (SPPROFSPECISOLATE);
- указании специальности и профиля на случай в соответствии со справочником исключений.



## **Правила кодирования и оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара**

### **1. Применение коэффициентов сложности лечения пациента (КСЛП)**

#### **1) Лечение детей в возрасте до 1 года**

Применяется кроме КСГ, относящихся к профилю «неонатология» (КСГ st17.001 – st17.007).

#### **2) Лечение детей в возрасте от 1 года до 4-х лет включительно**

Возраст считается на дату поступления в стационар.

#### **3) Лечение пациента в возрасте 75 лет и старше**

Возраст считается на дату поступления в стационар по КСГ с признаком обязательности предоставления в реестре сведений об оперативном вмешательстве, в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг.

#### **4) Применение искусственной вентиляции легких**

Применяются: A16.09.011 (раздел 104) и при условии нахождения в течение не менее 3-х суток в период лечения пациента в отделении (палате) анестезиологии и реанимации (B03.003.005 «Суточное наблюдение реанимационного пациента» (раздел 105).

Не применяется к следующим КСГ: st04.006 «Панкреатит с синдромом органной дисфункции», st12.007 «Сепсис с синдромом органной дисфункции», st27.013 «Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции», st12.013 «Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции», st33.008 «Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции», st17.002 «Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость», st17.003 «Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций», st17.004 «Геморрагические и гемолитические нарушения у новорожденных», st29.007 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)», st12.017.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.1), длительность 4-7 дней», st12.017.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.2), длительность 8-10 дней», st12.017.3 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.3), длительность более 10 дней», st12.017.4 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.4), с сопутствующими заболеваниями», st12.017.5 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.5), с сопутствующими заболеваниями», st12.018.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4.2).

День поступления в отделение (палату) анестезиологии и реанимации и день выписки из отделения (палаты) анестезиологии и реанимации считается одним днем.

**5) Предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста 4 лет, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских**

показаний (с указанием кода услуги А13.30.006.999 «Обучение уходу за ребенком и пребывание в палате лица, осуществляющего уход»).

**6)** Лечение пациента с сопутствующей патологией Сахарный диабет 1 и 2 типа (МКБ Е10, Е11, Е12, Е13, Е14) с применением препаратов инсулина кодируется следующим образом:

в поле реестра «Основной диагноз по сопутствующему заболеванию» вносится МКБ-10, соответствующее диагнозу пациента с сахарным диабетом, дополнительно указывается услуга А25.30.001.999 «Назначение лекарственной терапии инсулинами». При оказании медицинской помощи по КСГ st11.001.1 «Сахарный диабет, дети (уровень 1)», st11.001.2 «Сахарный диабет, дети (уровень 2)», КСГ st35.001 «Сахарный диабет, взрослые (уровень 1)», КСГ st35.002.1 «Сахарный диабет, взрослые (уровень 2.1)», КСГ st35.002.2 «Сахарный диабет, взрослые (уровень 2.2)» данный КСЛП не применяется.

**7)** Проведение сочетанных хирургических вмешательств

Применяется по установленному перечню операций (согласно приложению 24 к Тарифному соглашению в соответствии с уровнем) при одновременном выполнении условий: лечение по КСГ, дифференцирующим признаком для которой является номенклатура из перечня «Операция 1», выполнение второго оперативного вмешательства по номенклатуре из перечня «Операция 2», одна и та же дата.

**8)** Оказание медицинской помощи в условиях стационара при условии обращения за телемедицинской консультацией кодируется А23.30.099.006 «Обращение за телемедицинской консультацией», А23.30.099.010 «Обращение за телемедицинской консультацией в национальные медицинские исследовательские центры (НМИЦ)» (применяется в том числе при ВМП).

**9)** Оказание медицинской помощи в отделении (палате) анестезиологии и реанимации новорожденному с патологией в родильных (акушерских) отделениях

Применяется с КСГ st02.003 «Родоразрешение», st02.004 «Кесарево сечение» по перечню диагнозов основного заболевания по МКБ-10 (приложение 22 к Тарифному соглашению), при условии предъявления в реестр услуги В03.003.005.001 «Суточное наблюдение реанимационного пациента (новорожденного)» в период лечения новорожденного в отделении (палате) анестезиологии и реанимации (независимо от срока пребывания в РАО, без указания услуги ИВЛ).

**10)** Оказание медицинской помощи новорожденному с патологией в родильных (акушерских) отделениях

Применяется с КСГ st02.003 «Родоразрешение», st02.004 «Кесарево сечение», при указании в реестре услуги А25.30.999 «Оказание медицинской помощи при патологии у новорожденного» с диагнозами основного заболевания ребенка по МКБ-10, перечисленными в приложении № 22 к Тарифному соглашению.

**11)** Сверхдлительный срок госпитализации, обусловленный медицинскими показаниями

Расчет КСЛП производится в соответствии с п. 7.6.3 Тарифного соглашения.

**12) Непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение не менее 10 суток (код услуги – А16.09.011, раздел 104)**

Применяется в условиях РАО (В03.003.005 «Суточное наблюдение реанимационного пациента», раздел 105), за исключением случаев, отнесенных к следующим КСГ: st04.006 «Панкреатит с синдромом органной дисфункции», st12.007 «Сепсис с синдромом органной дисфункции», st27.013 «Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции», st12.013 «Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции», st33.008 «Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции», st17.002 «Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость», st17.003 «Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций», st17.004 «Геморрагические и гемолитические нарушения у новорожденных», st29.007 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)», st12.018.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4.2)» (при этом день поступления в отделение (палату) анестезиологии и реанимации, и день выбытия из отделения (палаты) анестезиологии и реанимации, считается одним днем).

**13) Проведение в период пребывания пациента в стационаре однотипных операций на парных органах**

Применяется по уровням в соответствии с перечнем операций, установленным приложением 25, при одновременном выполнении условий:

- включение в реестр медицинской помощи КСГ, дифференцирующим признаком для которой является хирургическая операция в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг из перечня «Операция 1»;
- выполнение второго оперативного вмешательства в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг из перечня «Операция 2»;
- дата выполнения первой операции соответствует дате выполнения второй операции.

**14) При проведении молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования для диагностики злокачественных новообразований в стационарных условиях в случаях госпитализации по поводу хирургического лечения, в ходе которого возможно получение биопсионного и/или операционного материала (по отдельному перечню КСГ с диагнозом основного заболевания по МКБ-10 класса «С»), указывается код фактически выполненной услуги в соответствии с Приложением 17 к Тарифному соглашению.**

**15) Проведение первого этапа медицинской реабилитации силами МДРК в условиях отделений реанимации и интенсивной терапии**

Применяется при условии непрерывного пребывания пациента в течение не менее 3-х суток в отделении (палате) анестезиологии и реанимации (В03.003.005 «Суточное наблюдение реанимационного пациента», раздел 105)

и оказания медицинской помощи реанимационному пациенту специалистом/специалистами мультидисциплинарной бригады (B03.003.005.101 «Оказание реабилитационной помощи на первом этапе специалистом МДРК», раздел 104).

16) Оказание медицинской помощи с пребыванием пациента в отделении (палате) анестезиологии и реанимации более 20 суток при лечении крайне тяжелой формы вирусной инфекции КСГ st12.018.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4.2)» (B03.003.005 «Суточное наблюдение реанимационного пациента», раздел 105), для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь пациентам с COVID-19.

КСЛП не применяются к следующим КСГ:

1. st36.008 «Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении»,
2. st36.009 «Реинфузия аутокрови»,
3. st36.010 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация»,
4. st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация»,
5. st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)».
6. Иммунизация против РСВ инфекции

Для КСГ, поименованных в пп. 2-6, предъявление на оплату без основной КСГ не допускается.

## **2. Медицинская помощь по профилю «Онкология»**

Заполнение поля ONK\_SL (данные об онкологическом случае) и консилиуме обязательны для всех случаев с основным диагнозом классов C, D00-09, D45-D47.

### **1) Химиотерапевтическое лечение ЗНО**

Отнесение случаев к группам st19.105.1-st19.121.3, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у взрослых (кроме ЗНО кроветворной и лимфоидной ткани), осуществляется на основе комбинации соответствующего кода диагноза (C00-C80, C97, D00-D09) и кода схемы лекарственной терапии (sh0001 – sh9003) из справочника SPSHEM.

За законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, указанному в столбце «Количество дней введения в тарифе» из справочника SPSHEM.

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

Оплата случая в рамках КСГ рассчитана исходя из определенного количества дней введения. При этом количество дней госпитализации может превышать количество дней введения с учетом периода наблюдения пациента

до и после введения лекарственных препаратов. В случае включения в тариф 1 дня введения лекарственных препаратов из нескольких дней, составляющих цикл, предполагается, что между госпитализациями с целью введения лекарственных препаратов (в том числе в рамках одного цикла) пациенту не показано пребывание в условиях круглосуточного и дневного стационара.

Отнесение случаев лекарственного лечения с применением схем, не включенных в справочник в качестве классификационного критерия, производится по коду sh9003. Схемы с лекарственными препаратами, не включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, кодируются как sh9003.

## **2) КСГ st19.037 «Фебрильная нейтропения, агранулоцитоз вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)»**

В модели КСГ предусмотрено выделение отдельных КСГ st19.037 и st19.038 для 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, замена 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 размером оплаты. Если больному в рамках одной госпитализации устанавливают, меняют порт систему (катетер) для лекарственной терапии ЗНО с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения оплата осуществляется по двум КСГ.

Отнесение случая к КСГ st19.037 осуществляется по двум кодам МКБ 10 (D70 Агранулоцитоз и C00-C80, C97). Учитывая, что кодирование фебрильной нейтропении, агранулоцитоза по КСГ st19.037 осуществляется в случаях госпитализации по поводу осложнений специализированного противоопухолевого лечения, в столбце «Основной диагноз» необходимо указать диагноз, соответствующий злокачественному заболеванию, а код D70 необходимо указать в столбце «Диагноз осложнения». В случае если код D70 указан в столбце «Основной диагноз», случай лечения будет отнесен к другой КСГ, не связанной с лечением злокачественного новообразования.

## **3) Лекарственное лечение злокачественных новообразований у детей и злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей у взрослых подразделяется по группам st08.001-st08.003, st19.090-st19.102**

Случаи оказания медицинской помощи по КСГ st08.001-st08.003, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у детей, производится на основе комбинации

соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С», заведения схемы «нет» из справочника SPSHEM «Справочник схем», кода на лекарственный препарат (МНН), даты введения лекарственного препарата, кодов Номенклатуры и возраста – менее 18 лет. Отнесение к указанным КСГ производится по коду Номенклатуры – А25.30.014 Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у детей.

Отнесение к КСГ st19.090-st19.102 осуществляется по сочетанию кода МКБ 10 (коды С81-С96, D45-D47), длительности госпитализации по КСГ, а также, заведения кода МНН применяемых лекарственных препаратов из справочника SPLEKSHEM:

Группа ЛП	КСГ	Группа ДЛ
Группа ЛП 1	st19.090	1 – пребывание до 3 дней включительно
	st19.091	2 - от 4 до 10 дней включительно
	st19.092	3 - от 11 до 20 дней включительно
	st19.093	4 - от 21 до 30 дней включительно
Группа ЛП 2	st19.094	1 – пребывание до 3 дней включительно
		2 - от 4 до 10 дней включительно
	st19.095	3 - от 11 до 20 дней включительно
	st19.096	4 - от 21 до 30 дней включительно
Группа ЛП 3	st19.097	1 – пребывание до 3 дней включительно
		2 - от 4 до 10 дней включительно
	st19.098	3 - от 11 до 20 дней включительно
	st19.099	4 - от 21 до 30 дней включительно
Группа ЛП 4	st19.100	1 – пребывание до 3 дней включительно
		2 - от 4 до 10 дней включительно
	st19.101	3 - от 11 до 20 дней включительно
	st19.102	4 - от 21 до 30 дней включительно

Учитывая, что при ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей в ряде случаев длительность госпитализации может значительно превышать 30 дней, предполагается ежемесячная подача счетов на оплату, начиная с 30 дней с даты госпитализации. Для каждого случая, предъявляемого к оплате, отнесение к КСГ осуществляется на основании критериев за период, для которого формируется счет.

В случае если между последовательными госпитализациями перерыв составляет 1 день и более, то к оплате подаются 2 случая. При этом не допускается предъявление к оплате нескольких случаев в течение 30 дней, если перерыв между госпитализациями составлял менее 1 дня (дата начала следующей госпитализации следовала сразу за датой выписки после предыдущей госпитализации). Также не допускается сочетание в рамках одного случая госпитализации и/или одного периода лечения оплаты по КСГ и по нормативу финансовых затрат на случай оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

**4) КСГ st36.012 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения»**

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). Данная группа может применяться в случае необходимости проведения поддерживающей терапии и симптоматического лечения.

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

**5) КСГ st36.017-st36.019 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов» (уровни 1-3)**

Кодируются случаи оказания медицинской помощи с применением ГИБП (включенных в перечень ЖНВЛП и имеющих соответствующие показания согласно инструкции по применению лекарственных препаратов в соответствии с клиническими рекомендациями) для инициации (подбора терапии). Выбор соответствующего КСГ осуществляется по МНН конкретного ГИБП.

**6) Правила кодирования медицинской помощи, оказанной детям с ЗНО в КСС и СЗП с пересечением сроков ее оказания**

В соответствии с региональными особенностями организации медицинской помощи детям, страдающим ЗНО, медицинская помощь, оказанная пациенту в одни и те же сроки в стационаре и дневном стационаре разных МО, оплачивается отдельно по соответствующим тарифам, при соблюдении следующих условий:

- 1) возрастная категория пациента – дети;
- 2) код основного заболевания по МКБ-10 – из класса С;
- 3) оказание медицинской помощи в дневном стационаре связано с проведением лучевой терапии по перечню КСГ:

ds19.050.1	Лучевая терапия (уровень 1.1)
ds19.050.2	Лучевая терапия (уровень 1.2)
ds19.051.1	Лучевая терапия (уровень 2.1)
ds19.051.2	Лучевая терапия (уровень 2.2)
ds19.052.1	Лучевая терапия (уровень 3.1)
ds19.052.2	Лучевая терапия (уровень 3.2)
ds19.053.1	Лучевая терапия (уровень 4.1)
ds19.053.2	Лучевая терапия (уровень 4.2)
ds19.054.1	Лучевая терапия (уровень 5.1)
ds19.054.2	Лучевая терапия (уровень 5.2)

ds19.055.1	Лучевая терапия (уровень 6.1)
ds19.055.2	Лучевая терапия (уровень 6.2)
ds19.056.1	Лучевая терапия (уровень 7.1)
ds19.056.2	Лучевая терапия (уровень 7.2)
ds19.057	Лучевая терапия (уровень 8)

4) оказание медицинской помощи в стационаре по перечню КСГ:

st08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети
st08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети
st08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети
st27.014	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования

### 3. Медицинская помощь пациентам с ОНМК

#### 1) При этапном лечении в первичном сосудистом отделении (ПСО) или региональном сосудистом центре (РСЦ) с последующим продолжением лечения в медицинской организации по месту жительства

Медицинская помощь при ишемическом инсульте кодируется в реестре медицинской помощи кодом КСГ, соответствующим объему проведенных лечебно-диагностических мероприятий, а именно: st15.014 «Инфаркт мозга (уровень 1)», st15.015.1 «Инфаркт мозга (уровень 2.1)», st15.015.2 «Инфаркт мозга (уровень 2.2)», st15.015.3 «Инфаркт мозга (уровень 2.3)», st15.016 «Инфаркт мозга (уровень 3)».

Медицинская помощь при геморрагическом инсульте, кодируется в реестре медицинской помощи кодом КСГ, соответствующим объему проведенных лечебно-диагностических мероприятий: st15.013.1 «Кровоизлияние в мозг (уровень 1)», st15.013.2 «Кровоизлияние в мозг (уровень 2)»;

В случае продолжения лечения (не реабилитации) пациента с ОНМК в медицинской организации по месту жительства должен применяться код КСГ st15.017 «Другие цереброваскулярные болезни».

#### 2) при этапном лечении в нескольких первичных сосудистых отделениях (ПСО) или региональном сосудистом центре (РСЦ)

При отсутствии возможности нейровизуализации на этапе ПСО, куда должен быть направлен пациент в соответствии с основной маршрутизацией, пациент направляется в соответствии с утвержденным органом управления здравоохранением порядком в альтернативное ПСО/РСЦ. Случай оказания медицинской помощи в ПСО с проведением нейровизуализации оплачивается по одной из КСГ: st15.015.1 «Инфаркт мозга (уровень 2.1)», st15.015.2



«Инфаркт мозга (уровень 2.2)», st15.015.3 «Инфаркт мозга (уровень 2.3)», st15.016 «Инфаркт мозга (уровень 3)», st15.013.2 «Кровоизлияние в мозг (уровень 2)».

При продолжении лечения (не реабилитации) пациента в другом ПСО для кодирования оказанной медицинской помощи применяется код КСГ st15.017 «Другие цереброваскулярные болезни».

### **3) Правила оплаты медицинской помощи пациентам в медицинских организациях, не являющихся ПСО/РСЦ**

В случаях непрофильной госпитализации пациентов с ОНМК в МО, не являющимися ПСО/РСЦ, после завершения случая лечения медицинская организация направляет первичную медицинскую документацию в филиал ТФОМС Свердловской области, на территории которого находится медицинская организация. Филиал ТФОМС направляет со служебной запиской первичную медицинскую документацию в отдел организации контроля объемов и качества медицинской помощи для рассмотрения и принятия решения о включении в реестр счетов по согласованию с главным внештатным неврологом Министерства здравоохранения Свердловской области с проведением, при необходимости, экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП).

По результатам рассмотрения отдел организации контроля объемов и качества медицинской помощи направляет в филиал ТФОМС первичную медицинскую документацию для возврата в МО, извещает о разрешении на дополнительную загрузку в реестр медицинской помощи и, в случае проведения ЭКМП, направляет акты ЭКМП для согласования с МО.

### **4) Рекомендации по кодированию в случаях простоя оборудования КТ/МРТ в медицинских организациях, являющихся ПСО/РСЦ**

Период простоя для оборудования КТ/МРТ определяется по данным А61 «Паспорт МО» с даты начала выхода из строя оборудования+1 день по дату окончания простоя.

Если дата начала оказания медицинской помощи (дата госпитализации) попадает в период простоя оборудования (всех КТ/МРТ) в МО, являющихся ПСО/РСЦ, то МО применяет КСГ st15.013.1 «Кровоизлияние в мозг (уровень 1)» или st15.014 «Инфаркт мозга (уровень 1)».

Случаи лечения в МО в период простоя оборудования (всех КТ/МРТ), могут быть оплачены по тарифам КСГ st15.013.2 «Кровоизлияние в мозг (уровень 2)», st15.015.1 «Инфаркт мозга (уровень 2.1)», st15.015.2 «Инфаркт мозга (уровень 2.2)», st15.015.3 «Инфаркт мозга (уровень 2.3)», st15.016 «Инфаркт мозга (уровень 3)», только при условии проведения КТ/МРТ в другой МО, о чем должна быть сделана соответствующая отметка в поле реестра МП USL.LPU.

## **4. Медицинская помощь по профилю «Кардиология»**

### **1) нестабильная стенокардия:**

1.1) st13.001.1 «Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 1.1)» с дифференцирующим признаком – код МКБ-10 I20.0;

1.2) st13.002.1 «Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2.1)» с дифференцирующим признаком – код МКБ-10 I20.0 и дополнительным дифференцирующим признаком – не менее одной из медицинских услуг, входящих в перечень медицинских услуг данной КСГ, причем в случае предъявления услуги A06.10.006 Коронарография, последняя должна быть проведена инвазивным методом;

2) легочная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность (ХСН):

2.1) st27.008.2 «Другие болезни сердца (уровень 1.2)» с дифференцирующим признаком коды МКБ-10: I27.0; I27.2; I27.8; I50.0.

Для ХСН, код МКБ-10 I50.0, обязательны следующие критерии применения КСГ:

- исследование уровня мозгового натрийуретического пептида (BNP) или NT-proBNP;
- внутривенное использование петлевых диуретиков;
- трансторакальная эхокардиография;
- клинико-лабораторно-инструментальное подтверждение диагноза ХСН с наличием минимум двух критериев из трех:

- 3-4 функциональный класс по классификации сердечной недостаточности Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (NYHA) или ХСН 2Б-3 стадии по классификации Стражеско-Василенко;

- фракция выброса левого желудочка методом трансторакального эхокардиографического исследования менее 40%;

- повышение уровня BNP или NT-proBNP:

- для пациентов с синусовым ритмом: BNP более  $\geq 125$  пг/мл или NT-proBNP более  $\geq 400$  пг/мл;

- для пациентов с фибрилляцией/трепетанием предсердий: BNP  $\geq 375$  пг/мл или NT-proBNP  $\geq 1200$  пг/мл.

2.2) st27.009.2 «Другие болезни сердца (уровень 2.2)» с дифференцирующим признаком – код МКБ-10: I27.0; I27.2; I27.8; I50.0.

Для ХСН, код МКБ-10 I50.0, обязательны следующие критерии применения КСГ:

- исследование уровня мозгового натрийуретического пептида (BNP) или NT-proBNP;
- внутривенное использование петлевых диуретиков;
- трансторакальная эхокардиография;
- клинико-лабораторно-инструментальное подтверждение диагноза ХСН с наличием минимум двух критериев из трех:

- 3-4 функциональный класс по классификации сердечной недостаточности Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (NYHA) или ХСН 2Б-3 стадии по классификации Стражеско-Василенко;

- фракция выброса левого желудочка методом трансторакального эхокардиографического исследования менее 40%;

- повышение уровня BNP или NT-proBNP:
  - для пациентов с синусовым ритмом: BNP более  $\geq 125$  пг/мл или NT-proBNP более  $\geq 400$  пг/мл;
  - для пациентов с фибрилляцией/трепетанием предсердий: BNP  $\geq 375$  пг/мл или NT-proBNP  $\geq 1200$  пг/мл.

Дополнительным дифференцирующим признаком КСГ является оказание не менее одной из медицинских услуг, входящих в перечень медицинских услуг данной КСГ, причем в случае предъявления услуги А06.10.006 Коронарография, последняя должна быть проведена инвазивным методом.

Применение КСГ st27.008.2 «Другие болезни сердца (уровень 1.2)» и st27.009.2 «Другие болезни сердца (уровень 2.2)» возможно в медицинских организациях, имеющих соответствующее оборудование, кадры для проведения дорогостоящих ресурсоемких диагностических и лечебных мероприятий (например, назначение илопроста при легочной гипертензии).

## **5. Медицинская помощь по профилю «Медицинская реабилитация»**

Отнесение к конкретной КСГ производится по коду основного диагноза, указанного в соответствующих приказах Министерства здравоохранения Свердловской области и справочнике MEDSERVICE, по дополнительному классификационному критерию «Оценка состояния пациента по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ)». Оценка по шкале ШРМ кодируется кодом соответствующей услуги «Оказание медицинской помощи пациенту с оценкой по шкале ШРМ», раздел 104).

В случае если состояние пациента может быть описано набором утверждений, относящихся к разным статусам по ШРМ, выставляется оценка, соответствующая описанию, для которого выполняется большинство критериев.

Дополнительный классификационный критерий		Код услуги «Оказание медицинской помощи пациенту с оценкой по шкале ШРМ»
rb2	2 балла по шкале реабилитационной маршрутизации	A01.30.030.950
rb3	3 балла по шкале реабилитационной маршрутизации	A01.30.030.951
rb4	4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации	A01.30.030.952
rb5	5 балла по шкале реабилитационной маршрутизации	A01.30.030.953
rb6	6 балла по шкале реабилитационной маршрутизации	A01.30.030.954

Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ) установлена порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н.

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

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

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		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни</li> <li>• Тратит столько же времени на выполнение дел, как и раньше до болезни</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни</li> <li>• Тратит столько же времени на выполнение дел, как и раньше до болезни</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни</li> <li>• Тратит столько же времени на выполнение дел, как и раньше до болезни</li> <li>• Может выполнять физическую нагрузку выше обычной без слабости, сердцебиения, одышки</li> </ul>
2	Легкое ограничение жизнедеятельности		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не может выполнять ту активность, которая была до заболевания (вождение автомобиля, чтение, письмо, танцы, работа и др.), но может справляться со своими делами без посторонней помощи</li> <li>• Может самостоятельно за собой ухаживать (сам одевается и раздевается,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не способен выполнять ту активность, которая была до заболевания (вождение автомобиля, чтение, письмо, танцы, работа и др.), но может справляться со своими делами без посторонней помощи</li> <li>• Может самостоятельно</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может справляться со своими делами без посторонней помощи</li> <li>• Обычная физическая нагрузка не вызывает выраженного утомления, слабости, одышки или сердцебиения.</li> <li>Стенокардия развивается при значительном, ускоренном или особо</li> </ul>

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
	<p>ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Не нуждается в наблюдении</li> <li>• Может проживать один дома от недели и более без помощи</li> </ul>	<p>за собой ухаживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается)</p>	<p>длительном напряжении (усилии). Тест шестиминутной ходьбы (ТШМ) &gt;425 м. Тесты с физической нагрузкой (ВЭМ/ спироэргометрия) <math>\geq 125 \text{ Вт} / \geq 7 \text{ ME}</math></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Может самостоятельно за собой ухаживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается)</li> <li>• Не нуждается в наблюдении</li> <li>• Может проживать один дома от недели и более без помощи</li> </ul>
3	Ограничение жизнедеятельности, умеренное по своей выраженности		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи</li> <li>• Самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности</li> <li>• Нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками и другие</li> <li>• Нуждается в помощниках при ведении финансовых дел</li> <li>• Может проживать один дома без помощи от 1 суток до 1 недели</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может передвигаться самостоятельно или с помощью трости</li> <li>• Незначительное ограничение возможностей самообслуживания. Самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности</li> <li>• Нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками и другие</li> <li>• Умеренно выраженный</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи</li> <li>• В покое какие-либо патологические симптомы отсутствуют. Обычная физическая нагрузка вызывает слабость, утомляемость, сердцебиение, одышку. Стенокардия развивается при ходьбе на расстояние &gt; 500 м по ровной местности, при подъеме на &gt; 1 пролет обычных ступенек, в нормальном темпе, при обычных условиях. Тест шестиминутной ходьбы (ТШМ) = 301-425 м. Тесты с физической нагрузкой (ВЭМ/ спироэргометрия) =</li> </ul>

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
		болевой синдром во время ходьбы, незначительно выраженный болевой синдром в покое (1-3 балла по ВАШ)	75-100 Вт /4-6,9 МЕ • Самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности • Нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками • Может проживать один дома без помощи от 1 суток до 1 недели
4	Выраженное ограничение жизнедеятельности		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи</li> <li>• Нуждается в помощи при выполнении повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др.</li> <li>• В обычной жизни нуждается в ухаживающем</li> <li>• Может проживать один дома без помощи до 1 суток</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Умеренно выраженное ограничение возможностей передвижения и нуждается в дополнительном средстве опоры – костыли</li> <li>• Умеренное ограничение возможностей самообслуживания и при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет</li> <li>• Выраженный болевой синдром во время движений, умеренно выраженный болевой синдром в покое (4-6 баллов по ВАШ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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. Тест шестиминутной ходьбы (ТШМ) = 150-300 м, Тесты с физической нагрузкой (ВЭМ/ спироэргометрия) = 25-50 Вт /2-3,9 МЕ</li> <li>• Самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности</li> <li>• В обычной жизни нуждается в ухаживающем</li> <li>• Может проживать один дома без помощи до 1 суток</li> </ul>
5	Грубое нарушение процессов жизнедеятельности		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациент прикован к постели</li> <li>• Не может передвигаться самостоятельно и без</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Выраженное ограничение возможностей передвижения.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Больной комфортно чувствует себя только в состоянии покоя, малейшие физические</li> </ul>

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
	<p>посторонней помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др.</li> <li>• Нуждается в ухаживающем постоянно (и днем, и ночью)</li> <li>• Не может быть оставлен один дома без посторонней помощи</li> </ul>	<p>Нуждается в дополнительных средствах опоры – ходунки или самостоятельно передвигается в коляске. Перемещение ограничено пределами стационарного отделения. Не может ходить по лестнице</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Выраженное ограничение возможностей самообслуживания и выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет</li> <li>• Выраженный болевой синдром в покое (7-8 баллов по ВАШ), усиливающийся при движении</li> </ul>	<p>нагрузки приводят к появлению слабости, сердцебиения, одышки, болям в сердце. Тест шестиминутной ходьбы (ТШМ) &lt; 150 м.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Не может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи</li> <li>• Нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др.</li> <li>• Не может быть оставлен один дома без посторонней помощи</li> </ul>
6	Нарушение жизнедеятельности крайней степени тяжести		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хроническое нарушение сознания: витальные функции стабильны; нейромышечные и коммуникативные функции глубоко нарушены; пациент может находиться в условиях специального ухода реанимационного отделения</li> <li>• Нейромышечная несостоятельность: психический статус в пределах нормы, однако глубокий двигательный дефицит (тетраплегия) и бульбарные нарушения вынуждают больного оставаться в</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Резко выраженное ограничение возможностей самообслуживания и при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет</li> <li>• Резко выраженный болевой синдром в покое (9-10 баллов по ВАШ), усиливающийся при движении</li> <li>• Резко выраженное ограничение возможностей передвижения и нуждается в посторонней помощи</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Витальные функции стабильны, пациент может находиться в условиях специального ухода: БИТ (реанимационного отделения)</li> <li>• Пациент неспособен переносить любую физическую нагрузку без болей в сердце, одышки, сердцебиения (например, при присаживании или поворотах в постели)</li> </ul>

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
	специализированном реанимационном отделении	при перемещении в коляске или на каталке • При движениях имеется опасность кровотечения, смещения костных отломков или имплантатов, повреждения мягкотканого скелета, мышц, сосудов, компрессии нервов	



## 6. Правила кодирования медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией

Форма течения COVID-19 <1>	Медицинская технология	КСГ	Критерии отнесения к КСГ (дифференцирующие признаки) в реестре счетов
Легкая (дети)	Болезнь протекает бессимптомно либо в форме ОРВИ с поражением верхних/средних дыхательных путей.	st12.015.1 "Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1.1), дети"	Код основного диагноза по МКБ U07.1 "Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19, вирус идентифицирован (подтвержден лабораторным тестированием независимо от тяжести клинических признаков или симптомов)" при положительном ПЦР-тесте на COVID-19; код основного диагноза U07.2 "Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19, вирус не идентифицирован (COVID-19 диагностируется клинически или эпидемиологически, но лабораторные исследования неубедительны или недоступны)" и отрицательном ПЦР-тесте на COVID-19 (Письмо Минздрава РФ от 08.04.2020 N 13-2/И/2-4335)
Легкая (взрослые)	Медикаментозное лечение НКВИ	st12.015.2 "Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1.2), взрослые"	
Легкая (взрослые) у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС)/инсультом	Болезнь протекает бессимптомно либо в форме ОРВИ с поражением верхних/средних дыхательных путей. Медикаментозное лечение НКВИ. Лечение	st12.015.3 "Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1.3), с сопутствующими заболеваниями, взрослые"	Код основного диагноза по МКБ U07.1/U07.2 + код сопутствующего диагноза по МКБ ОКС/инсульта (из таблицы 1)
		st12.015.4 "Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1.4), с	Код основного диагноза по МКБ U07.1/U07.2 + код сопутствующего диагноза по МКБ ОКС/инсульта (из таблицы 1)

	ОКС/инсульта	сопутствующими заболеваниями, взрослые"	+ код одной из услуг проведенной тромболитической терапии
Среднетяжелая <4>	Болезнь протекает с пневмонией, пациент не требует ИВЛ, возможно краткосрочное пребывание в ПИТ/РАО до 5 суток. Медикаментозное лечение НКВИ	st12.016.1 "Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.1), длительность 4 - 7 дней", st12.016.2 "Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.2), длительность 8 - 10 дней", st12.016.3 "Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.3), длительность более 10 дней"	Код основного диагноза по МКБ U07.1/U07.2 + код сопутствующего диагноза по МКБ J12.8/J12.9 + A25.09.001.101 «Применение лекарственных препаратов при коронавирусной инфекции COVID-19 (кроме ГИБП)»
		st12.016.4 "Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.4), длительность 4 - 7 дней", st12.016.5 "Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.5),	Код основного диагноза по МКБ U07.1/U07.2 + код сопутствующего диагноза по МКБ J12.8/J12.9 + A25.09.001.102 «Применение лекарственных препаратов при коронавирусной инфекции COVID-19 (с ГИБП кроме Тоцилизумаб)»

		длительность 8 - 10 дней", st12.016.6 "Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.6), длительность более 10 дней"	
		st12.016.7 "Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.7)"	Код основного диагноза по МКБ U07.1/U07.2 + код сопутствующего диагноза по МКБ J12.8/J12.9 + A25.09.001.103 «Применение лекарственных препаратов при коронавирусной инфекции COVID-19 (с ГИБП - Тоцилизумаб)»
Среднетяжела я у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС)/инсульт ом	Болезнь протекает с пневмонией, пациент не требует ИВЛ, возможно краткосрочное пребывание в ПИТ/РАО до 5 суток. Медикаментозное лечение НКВИ. Лечение ОКС/инсульта	st12.016.8 "Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.8), с сопутствующими заболеваниями"	Код основного диагноза по МКБ U07.1/U07.2 + код сопутствующего диагноза по МКБ J12.8/J12.9 + код диагноза ОКС/инсульта (из таблицы 1) + A25.09.001.101 «Применение лекарственных препаратов при коронавирусной инфекции COVID-19 (кроме ГИБП)»
		st12.016.9 "Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.9), с сопутствующими	Код основного диагноза по МКБ U07.1/U07.2 + код сопутствующего диагноза по МКБ J12.8/J12.9 + код диагноза ОКС/инсульта (из таблицы 1)

заболеваниями"	+ A25.09.001.102 «Применение лекарственных препаратов при коронавирусной инфекции COVID-19 (с ГИБП кроме Тоцилизумаб)»
st12.016.10 "Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.10), с сопутствующими заболеваниями"	Код основного диагноза по МКБ U07.1/U07.2 + код сопутствующего диагноза по МКБ J12.8/J12.9 + код диагноза ОКС/инсульта (из таблицы 1) + A25.09.001.103 «Применение лекарственных препаратов при коронавирусной инфекции COVID-19 (с ГИБП - Тоцилизумаб)»
st12.016.11 "Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.11), с сопутствующими заболеваниями"	Код основного диагноза по МКБ U07.1/U07.2 + код сопутствующего диагноза по МКБ J12.8/J12.9 + код второго сопутствующего диагноза по МКБ ОКС/инсульта (из таблицы 1) + код одной из услуг проведенной тромболитической терапии + A25.09.001.101 «Применение лекарственных препаратов при коронавирусной инфекции COVID-19 (кроме ГИБП)»
st12.016.12 "Коронавирусная инфекция COVID-19"	Код основного диагноза по МКБ U07.1/U07.2 + код сопутствующего диагноза по МКБ J12.8/J12.9

		(уровень 2.12), с сопутствующими заболеваниями"	+ код второго сопутствующего диагноза по МКБ ОКС/инсульта (из таблицы 1) + код одной из услуг проведенной тромболитической терапии + A25.09.001.102 «Применение лекарственных препаратов при коронавирусной инфекции COVID-19 (с ГИБП кроме Тоцилизумаб)»
		st12.016.13 "Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.13), с сопутствующими заболеваниями"	Код основного диагноза по МКБ U07.1/U07.2 + код сопутствующего диагноза по МКБ J12.8/J12.9 + код второго сопутствующего диагноза по МКБ ОКС/инсульта (из таблицы 1) + код одной из услуг проведенной тромболитической терапии + A25.09.001.103 «Применение лекарственных препаратов при коронавирусной инфекции COVID-19 (с ГИБП - Тоцилизумаб)»
Тяжелая <4>	Болезнь протекает с пневмонией, пациент требует пребывания в условиях РАО менее 10 суток с	st12.017.1 "Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.1), длительность 4 - 7 дней", st12.017.2	Код основного диагноза по МКБ U07.1/U07.2 + код сопутствующего диагноза по МКБ J12.8/ J12.9 + код хотя бы одной из услуг проведения ИВЛ - инвазивной и/или неинвазивной (НИВЛ) в соответствии с правилами

	ИВЛ. Медикаментозное лечение НКВИ	"Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.2), длительность 8 - 10 дней", st12.017.3 "Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.3), длительность более 10 дней"	кодирования при проведении НИВЛ <2> (код A16.09.011 и/или A16.09.011.002) в разном сочетании от 1 до 9 дней + код услуги A05.12.008.101 "Острый респираторный дистресс-синдром средней тяжести с индексом РаО2/FiO2 от 200 до 100"
Тяжелая у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС)/инсультом	Болезнь протекает с пневмонией, пациент требует пребывания в условиях РАО менее 10 суток с ИВЛ. Медикаментозное лечение НКВИ. Лечение ОКС/инсульта	st12.017.4 "Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.4), с сопутствующими заболеваниями"	Код основного диагноза по МКБ U07.1/U07.2 + код сопутствующего диагноза по МКБ J12.8/J12.9 + код хотя бы одной из услуг проведения ИВЛ-инвазивной и/или неинвазивной (НИВЛ) в соответствии с правилами кодирования при проведении НИВЛ <2> (код A16.09.011 и/или A16.09.011.002) в разном сочетании от 1 до 9 дней + код услуги A05.12.008.101 "Острый респираторный дистресс-синдром средней тяжести с индексом РаО2/FiO2 от 200 до 100" + код второго сопутствующего диагноза по МКБ ОКС/инсульта (из таблицы 1)
		st12.017.5 "Коронавирусная	Код основного диагноза по МКБ U07.1/U07.2 +

		инфекция COVID-19 (уровень 3.5), с сопутствующими заболеваниями"	код сопутствующего диагноза по МКБ J12.8/J12.9 + код хотя бы одной из услуг проведения ИВЛ - инвазивной и/или неинвазивной (НИВЛ) в соответствии с правилами кодирования при проведении НИВЛ <2> (код A16.09.011 и/или A16.09.011.002) в разном сочетании от 1 до 9 дней + код услуги A05.12.008.101 "Острый респираторный дистресс-синдром средней тяжести с индексом PaO2/FiO2 от 200 до 100" + код второго сопутствующего диагноза ОКС/инсульта (из таблицы 1) + код одной из услуг проведенной тромболитической терапии
Крайне тяжелая	Болезнь протекает с пневмонией, пациент требует пребывания в условиях РАО с ИВЛ 10 суток и более. Медикаментозное лечение НКВИ	st12.018.2 "Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4.2)"	Код основного диагноза по МКБ U07.1/U07.2 + код сопутствующего диагноза по МКБ J12.8/J12.9 + код услуги проведения ИВЛ (код A16.09.011) пациенту 10 дней и более + код услуги A05.12.008.102 "Острый респираторный дистресс-синдром тяжелой степени с индексом PaO2/FiO2 менее 100"
Средне тяжелая,	2 этап стационарного	st12.019.1 "Коронавирусная	Код основного диагноза по МКБ U07.1/U07.2 +

тяжелая, крайне тяжелая	лечения - долечивание <3> Пациенту, как правило, не требуется пребывание в ПИТ/РАО, ИВЛ, НИВЛ. Медикаментозное лечение НКВИ	инфекция COVID-19 (долечивание уровень 1)"	код сопутствующего диагноза по МКБ J12.8/J12.9 + наличие в реестре счетов случая первого этапа стационарного лечения НКВИ средне тяжелой, тяжелой, крайне тяжелой степени тяжести течения
-------------------------------	--	---	---



<1> в соответствии с критериями, установленными "Временными методическими рекомендациями "Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)".

<2> Правила кодирования при проведении НИВЛ.

При проведении НИВЛ в условиях РАО/ПИТ в реанимационной карте отражаются марка используемого аппарата для НИВЛ, тип используемого оборудования для его проведения: маска (лицевая/носовая), шлем. Указываются основные параметры вентиляции: режим (РЕЕР, СРАР, ЕРАР, другое), величина инспираторного давления и фракции кислорода во вдыхаемой смеси. Кроме того, в карте должны быть отражены следующие обязательные критерии оценки эффективности НИВЛ:

- комфорт пациента;
- степень утечки из контура;
- синхронизация с вентилятором;
- дыхательный объем;
- частота дыхания;
- артериальное давление и частота сердечных сокращений;
- участие в дыхании вспомогательных дыхательных мышц;
- пульсоксиметрия;
- $PaCO_2$ ;
- соотношение  $PaO_2/FiO_2$ .

<3> Правила перевода на долечивание в стационарных условиях на койки для пациентов, находящихся в состоянии средней тяжести (в соответствии с п.п. 1, 2 приложения 13 к Приказу Минздрава России от 19.03.2020 N 198н "О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19").

Пациенты с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 или с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 в возрасте 18 лет и старше (далее - пациенты), поступившие в структурное подразделение медицинской организации для лечения COVID-19 в состоянии средней тяжести, в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, переводятся на долечивание в стационарных условиях на койки для пациентов, находящихся в состоянии средней тяжести, исходя из наличия следующих критериев:

- а) стойкое улучшение клинической картины;
- б) уровень насыщения крови кислородом на воздухе  $SpO_2$  95%, отсутствие признаков нарастания дыхательной недостаточности;
- в) температура тела  $T < 37,5$  град. С;
- г) уровень С-реактивного белка  $< 10$  мг/л;
- д) уровень лейкоцитов в крови  $> 3,0 \times 10^9$ /л;
- е) перевод пациента для продолжения лечения в стационарных условиях на койки для пациентов, находящихся в состоянии средней тяжести, может

осуществляться до получения второго отрицательного результата лабораторных исследований биологического материала на наличие новой коронавирусной инфекции COVID-19.

<4> оплата случаев лечения без сопутствующих заболеваний с длительностью госпитализации 3 дня и менее (независимо от исхода и результата лечения) оплачиваются в соответствии с п. 7.6.1 Тарифного соглашения по ОМС при соответствии классификационным критериям от стоимости КСГ st12.016.8 "Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.3), длительность более 10 дней" при использовании услуги A25.09.001.101 «Применение лекарственных препаратов при коронавирусной инфекции COVID-19 (кроме ГИБП)», st12.016.11 "Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.6), длительность более 10 дней" при использовании услуги A25.09.001.102 «Применение лекарственных препаратов при коронавирусной инфекции COVID-19 (с ГИБП кроме Тоцилизумаб)», st12.017.3 "Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.3), длительность более 10 дней".

Таблица 1

## Перечень сопутствующих диагнозов по МКБ ОКС/инсульт

Код	Наименование
I21	Острый инфаркт миокарда
I21.0	Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда
I21.1	Острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда
I21.2	Острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций
I21.3	Острый трансмуральный инфаркт миокарда неуточненной локализации
I21.4	Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда
I21.9	Острый инфаркт миокарда неуточненный
I22	Повторный инфаркт миокарда
I22.0	Повторный инфаркт передней стенки миокарда
I22.1	Повторный инфаркт нижней стенки миокарда
I22.8	Повторный инфаркт миокарда другой уточненной локализации
I22.9	Повторный инфаркт миокарда неуточненной локализации
I23	Некоторые текущие осложнения острого инфаркта миокарда
I23.0	Гемоперикард как ближайшее осложнение острого инфаркта миокарда
I23.1	Дефект межпредсердной перегородки как текущее осложнение острого инфаркта миокарда
I23.2	Дефект межжелудочковой перегородки как текущее осложнение острого инфаркта миокарда

I23.3	Разрыв сердечной стенки без гемоперикарда как текущее осложнение острого инфаркта миокарда
I23.4	Разрыв сухожильной хорды как текущее осложнение острого инфаркта миокарда
I23.5	Разрыв сосочковой мышцы как текущее осложнение острого инфаркта миокарда
I23.6	Тромбоз предсердия, ушка предсердия и желудочка сердца как текущее осложнение острого инфаркта миокарда
I23.8	Другие текущие осложнения острого инфаркта миокарда
I26.0	Легочная эмболия с упоминанием об остром легочном сердце
I26.9	Легочная эмболия без упоминания об остром легочном сердце
I20	Стенокардия [грудная жаба]
I20.0	Нестабильная стенокардия
I20.1	Стенокардия с документально подтвержденным спазмом
I20.8	Другие формы стенокардии
I20.9	Стенокардия неуточненная
I60	Субарахноидальное кровоизлияние
I60.0	Субарахноидальное кровоизлияние из каротидного синуса и бифуркации
I60.1	Субарахноидальное кровоизлияние из средней мозговой артерии
I60.2	Субарахноидальное кровоизлияние из передней соединительной артерии
I60.3	Субарахноидальное кровоизлияние из задней соединительной артерии
I60.4	Субарахноидальное кровоизлияние из базилярной артерии
I60.5	Субарахноидальное кровоизлияние из позвоночной артерии
I60.6	Субарахноидальное кровоизлияние из других внутричерепных артерий
I60.7	Субарахноидальное кровоизлияние из внутричерепной артерии неуточненной
I60.8	Другое субарахноидальное кровоизлияние
I60.9	Субарахноидальное кровоизлияние неуточненное
I61	Внутримозговое кровоизлияние
I61.0	Внутримозговое кровоизлияние в полушарие субкортикальное
I61.1	Внутримозговое кровоизлияние в полушарие кортикальное
I61.2	Внутримозговое кровоизлияние в полушарие неуточненное
I61.3	Внутримозговое кровоизлияние в ствол мозга
I61.4	Внутримозговое кровоизлияние в мозжечок
I61.5	Внутримозговое кровоизлияние внутрижелудочковое
I61.6	Внутримозговое кровоизлияние множественной локализации
I61.8	Другое внутримозговое кровоизлияние
I61.9	Внутримозговое кровоизлияние неуточненное
I62	Другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние

I62.0	Субдуральное кровоизлияние (острое) (нетравматическое)
I62.1	Нетравматическое экстрадуральное кровоизлияние
I62.9	Внутричерепное кровоизлияние (нетравматическое) неуточненное
I64	Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт
I63.0	Инфаркт мозга, вызванный тромбозом прецеребральных артерий
I63.1	Инфаркт мозга, вызванный эмболией прецеребральных артерий
I63.2	Инфаркт мозга, вызванный неуточненной закупоркой или стенозом прецеребральных артерий
I63.3	Инфаркт мозга, вызванный тромбозом мозговых артерий
I63.4	Инфаркт мозга, вызванный эмболией мозговых артерий
I63.5	Инфаркт мозга, вызванный неуточненной закупоркой или стенозом мозговых артерий
I63.6	Инфаркт мозга, вызванный тромбозом вен мозга, непиогенный
I63.8	Другой инфаркт мозга
I63.9	Инфаркт мозга неуточненный

## **7. Особенности кодирования отдельных КСГ по другим профилям**

### **1) Этапное оказание медицинской помощи детям с мочекаменной болезнью и проведением дистанционных методов литотрипсии в разных МО**

Медицинская помощь кодируется в зависимости от модели оказания медицинской помощи и реализованных лечебных технологий в каждой медицинской организации.

При консервативном лечении мочекаменной болезни применяется КСГ st30.002 «Камни мочевой системы; симптомы, относящиеся к мочевой системе» с соответствующими кодами диагнозов по МКБ; при выполнении цистоскопии (уретеро-, нефро)скопии, в том числе с установлением стента в мочевыводящие пути, случай кодируется КСГ st09.005 «Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 1)» с соответствующими кодами услуг по Номенклатуре; при наложении стомы применяется КСГ st09.006 «Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 2)»; допустимы другие варианты в зависимости от клинической ситуации.

При выбытии пациента на хирургический этап лечения с применением технологий дистанционной нефро – или уретеролитотрипсии случай не прерывается, в ПМД делается отметка о нахождении пациента в другой МО.

Однодневный хирургический этап лечения, реализованный в другой МО, подлежит оплате по самостоятельному тарифу КСГ: st09.007 «Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 3)» с указанием одной из услуг: A22.28.001 - дистанционная уретеролитотрипсия, или A22.28.002 - дистанционная нефролитотрипсия.

По завершению лечения пациент возвращается для послеоперационного наблюдения и долечивания в медицинскую организацию, откуда был направлен на дистанционную литотрипсию.

## **2) Операции при морбидном ожирении**

При оказании медицинской помощи пациентам с крайней степенью ожирения, сопровождаемой альвеолярной гиповентиляцией и/или синдромом обструктивного апноэ/гипопноэ сна тяжелой степени, применяется КСГ st32.009.2 «Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2.2)», st32.009.3 «Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2.3)», st32.010.2 «Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3.2)», при этом необходимо заполнение поля «Основной диагноз» кодом по МКБ 10 - E66.2. Критериями указанных синдромов при морбидном ожирении являются:

- 1) индекс массы тела  $>30$ ;
- 2)  $PaCO_2 > 45$  мм.рт.ст. (газы артериальной крови  $< 88\%$  в течение более 5 минут непрерывной ночной записи полисомнографии или кардиореспираторного мониторинга);
- 3) индекс апноэ/гипопноэ больше 30 событий в час;
- 4) индекс микропробуждений, вызванных нарушением дыхания, больше 30 событий в час.

**3) КСГ лечения органичных дисфункций (st04.006 «Панкреатит с синдромом органной дисфункции», st12.007 «Сепсис с синдромом органной дисфункции», st27.013 «Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции» st12.013 «Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции», st33.008 «Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции»)**

Такие случаи кодируют кодом МКБ-10 (заполняется поле реестра медицинской помощи «основной диагноз») и дополнительным классификационным критерием «оценка состояния пациента». Кодирование критерия «оценка состояния пациента» в данном случае осуществляется при одновременном выполнении двух условий и отражении их в реестре:

- значение оценки по шкале SOFA не менее 5 для взрослых или по шкале pSOFA не менее 4 для детей (пациентов младше 18 лет) в наиболее критическом за период госпитализации состоянии пациента – (код услуги – A01.30.030.901 «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту с оценкой по шкале SOFA 5 и более баллов»; A01.30.030.903 «Оказание медицинской помощи пациенту-ребенку с оценкой по шкале pSOFA 4 и более баллов», раздел 104);

- проведение искусственной вентиляции легких (код услуги – A16.09.011, раздел 104) в течение не менее 3-х суток (72 часа) непрерывно.

Оценка состояния пациента по шкале SOFA (Шкале органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential

Organ Failure Assessment, 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	PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> , 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 <sup>3</sup> /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<sub>2</sub> в mm Hg и FIO<sub>2</sub> 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 =  
= ((систолическое АД в mm Hg) + (2 \* (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
---------------------	------

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.

Для оценки состояния детей (пациентов младше 18 лет) используется модифицированная шкала pSOFA:

Оценка	Показатель	Баллы <sup>a</sup>				
		0 балл	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Дыхание	PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> <sup>b</sup> , мм рт.ст.	≥400	300-399	200-299	100-199 с респираторной поддержкой	<100 с респираторной поддержкой
	или SpO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> <sup>c</sup>	≥292	264-291	221-264	148-220 с респираторной поддержкой	<148 с респираторной поддержкой
Сердечно-Сосудистая Система	Среднее АД соответствующее возрастной группе или инфузия вазоактивных препаратов, мм рт.ст. или мкг/кг/мин <sup>d</sup>					
	< 1 мес.	≥46	<46	Допамин	Допамин	Допамин

Оценка	Показатель	Баллы <sup>а</sup>				
		0 балл	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
	жизни			гидрохлорид $\leq 5$ или добутамин	гидрохлорид $> 5$ или эpineфрин $\leq 0.1$ или норэpineфрин битартрат $\leq 0.1$	гидрохлорид $> 15$ или эpineфрин $> 0.1$ или норэpineфрин битартрат $> 0.1$
	1 – 11 мес.	$\geq 55$	$< 55$	гидрохлорид (любой из препаратов)		
	12 – 23 мес.	$\geq 60$	$< 60$			
	24 – 59 мес.	$\geq 62$	$< 62$			
	60 – 143 мес.	$\geq 65$	$< 65$			
	144 – 216 мес. <sup>е</sup>	$\geq 67$	$< 67$			
Коагуляция	Тромбоциты, $10^3/\text{мкл}$	$\geq 150$	100-149	50-99	20-49	$< 20$
Печень	Билирубин, мг/дл	$< 1.2$	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.9	$> 12.0$
Почки	Креатинин соответствующий возрастной группе, мг/дл					
	$< 1$ мес. жизни	$< 0.8$	0.8-0.9	1.1-1.0	1.2-1.5	$\geq 1.6$
	1 – 11 мес.	$< 0.3$	0.3-0.4	0.5-0.7	0.8-1.1	$\geq 1.2$
	12 – 23 мес.	$< 0.4$	0.4-0.5	0.6-1.0	1.1-1.4	$\geq 1.5$
	24 – 59 мес.	$< 0.6$	0.6-0.8	0.9-1.5	1.6-2.2	$\geq 2.3$
	60 – 143 мес.	$< 0.7$	0.7-1.0	1.1-1.7	1.8-2.5	$\geq 2.6$
	144 – 216 мес. <sup>е</sup>	$< 1.0$	1.0-1.6	1.7-2.8	2.9-4.1	$\geq 4.2$
ЦНС	Шкала Глазго, Баллы <sup>ф</sup>	15	13-14	10-12	6-9	$< 6$

Примечания:

а – Оценка по шкале pSOFA производится каждые 24 часа. За 24-период берется худшее значение каждой из переменных для всех 6 систем органов. Если в течение 24-периода какая-либо из переменных не регистрировалась, то считается, что ее значение было 0 баллов, т.е. нормальное. Оценка по шкале pSOFA достигается суммированием оценок по 6 системам органов (от 0 до 24 баллов). Чем выше итоговое значение в баллах, тем хуже прогноз.

б - PaO<sub>2</sub> измеряется в миллиметрах ртутного столба

с – в расчете используется значение SpO<sub>2</sub> 97% и ниже

д – Среднее артериальное давление (САД, миллиметры ртутного столба) в случаях измерения имеет балльные оценки 0 или 1; в случаях назначения вазопрессорных медикаментов (измеряются в микрограммах на 1 килограмм массы тела в минуту) присваиваются балльные значения 2 или 4. Учитывается период назначения вазопрессоров как минимум в течение 1 часа

е – Точкой отсечения является возраст пациентов старше 18 лет (216 месяцев жизни), когда должна использоваться оригинальная шкала SOFA

ф – Расчет производился по педиатрической модификации Шкалы Комы Глазго



Модификация шкалы комы Глазго, используемой для оценки дисфункции центральной нервной системы у детей, представлена ниже:

	<b>Старше 1 года</b>		<b>Младше 1 года</b>	Оценка
Открывание глаз	Спонтанное		Спонтанное	4
	На вербальную команду		На окрик	3
	На боль		На боль	2
	Нет реакции		Нет реакции	1
Двигательный ответ	Правильно выполняет команду		Спонтанный	6
	Локализует боль		Локализует боль	5
	Сгибание-отдергивание		Сгибание-отдергивание	4
	Патологическое сгибание (декортикационная ригидность)		Патологическое сгибание (декортикационная ригидность)	3
	Разгибание (децеребрационная ригидность)		Разгибание (децеребрационная ригидность)	2
	Нет реакции		Нет реакции	1
Вербальный ответ	<b>Старше 5 лет</b>	<b>От 2 до 5 лет</b>	<b>0-23 месяца</b>	
	Ориентирован	Осмысленные слова и фразы	Гулит/улыбается	5
	Дезориентирован	Бессмысленные слова	Плач	4
	Бессмысленные слова	Продолжающийся плач и крик	Продолжающийся неадекватный плач или крик	3
	Нечленораздельные звуки	Стоны (хрюканье)	Стоны, агитация, беспокойство	2
	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует	1

#### 4) Операции по поводу грыж, взрослые

Критерии отнесения к хирургическому лечению больших и гигантских послеоперационных грыж брюшной стенки с реконструктивно-пластическим компонентом на брюшной стенке с имплантацией эндопротеза (КСГ st32.019 «Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 4)»):

Большая срединная послеоперационная грыжа

1. Срединные послеоперационные грыжи шириной грыжевых ворот  $\geq 10$  см -  $< 15$  см (по данным КТ) и соотношением объема грыжевого выпячивания к объему брюшной полости  $\geq 20\%$  -  $< 30\%$  (по данным КТ) с имплантацией эндопротеза;
2. Срединные послеоперационные грыжи шириной грыжевых ворот  $\geq 10$  см -  $< 15$  см (по данным КТ) и соотношением объема грыжевого выпячивания к объему брюшной полости  $< 20\%$  (по данным КТ) с имплантацией эндопротеза;
3. Срединные послеоперационные грыжи шириной грыжевых ворот  $< 10$  см (по данным КТ) и соотношением объема грыжевого выпячивания к

объему брюшной полости  $\geq 20\%$  -  $< 30\%$  (по данным КТ) с имплантацией эндопротеза.

Гигантская срединная послеоперационная грыжа:

1. Срединные послеоперационные грыжи шириной грыжевых ворот  $\geq 15$  см (по данным КТ) и соотношением объема грыжевого выпячивания к объему брюшной полости  $\geq 30\%$  (по данным КТ) с имплантацией эндопротеза;
2. Срединные послеоперационные грыжи шириной грыжевых ворот  $\geq 15$  см (по данным КТ) и соотношением объема грыжевого выпячивания к объему брюшной полости  $< 30\%$  (по данным КТ) с имплантацией эндопротеза;
3. Срединные послеоперационные грыжи шириной грыжевых ворот  $< 15$  см (по данным КТ) и соотношением объема грыжевого выпячивания к объему брюшной полости  $\geq 30\%$  (по данным КТ) с имплантацией эндопротеза.

Большая латеральная (подбедренная, поясничная, подвздошная, боковая) послеоперационная грыжа:

1. Латеральные послеоперационные грыжи шириной грыжевых ворот  $\geq 10$  см -  $< 15$  см (по данным КТ) и соотношением объема грыжевого выпячивания к объему брюшной полости  $\geq 20\%$  -  $< 30\%$  (по данным КТ) с имплантацией эндопротеза;
2. Латеральные послеоперационные грыжи шириной грыжевых ворот  $\geq 10$  см -  $< 15$  см (по данным КТ) и соотношением объема грыжевого выпячивания к объему брюшной полости  $< 20\%$  (по данным КТ) с имплантацией эндопротеза;
3. Латеральные послеоперационные грыжи шириной грыжевых ворот  $< 10$  см (по данным КТ) и соотношением объема грыжевого выпячивания к объему брюшной полости  $\geq 20\%$  -  $< 30\%$  (по данным КТ) с имплантацией эндопротеза.

Гигантская латеральная послеоперационная грыжа (подбедренная, поясничная, подвздошная, боковая).

1. Латеральные послеоперационные грыжи шириной грыжевых ворот  $\geq 15$  см (по данным КТ) и соотношением объема грыжевого выпячивания к объему брюшной полости  $\geq 30\%$  (по данным КТ) с имплантацией эндопротеза;
2. Латеральные послеоперационные грыжи шириной грыжевых ворот  $\geq 15$  см (по данным КТ) и соотношением объема грыжевого выпячивания к объему брюшной полости  $< 30\%$  (по данным КТ) с имплантацией эндопротеза;
3. Латеральные послеоперационные грыжи шириной грыжевых ворот  $< 15$  см -  $< 15$  см (по данным КТ) и соотношением объема грыжевого выпячивания к объему брюшной полости  $\geq 30\%$  (по данным КТ) с имплантацией эндопротеза.

## 5) Соматические заболевания, осложненные старческой астенией

Помощь в рамках КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией» оказывается в отделениях медицинских организаций, имеющих лицензию по профилю «Гериатрия», пациентам в возрасте более 60 лет, с учетом двух классификационных критериев –

основного диагноза пациента и сопутствующего диагноза (R54 Старческая астения), с указанием услуги с кодом А01.30.030.902 «Оказание медицинской помощи пациенту с проведением комплексной оценки соматического, функционального, интеллектуального статуса», раздел 104.

Комплексная оценка соматического, функционального, интеллектуального статуса проводится каждому пациенту, получающему лечение по профилю «Гериатрия», отражается в медицинской документации и производится по соответствующим шкалам:

1) для оценки соматического статуса применяется шкала для расчета индекса Бартела, исходя из следующих параметров

Параметр	Критерии
Прием пищи	0 – полностью зависим 5 – частично нуждается в помощи или требует специальной диеты 10 – независим
Прием ванны	0 – зависим 5 – независим при приеме ванны (душа)
Гигиенические процедуры	0 – нуждается в помощи при выполнении процедур личной гигиены 5 – самостоятельно чистит зубы, умывается, причесывается
Одевание	0 – полностью зависим 5 – частично нуждается в помощи, но может выполнять примерно половину действий самостоятельно 10 – не нуждается в помощи (в том числе при застегивании пуговиц, молний, завязывании шнурков и т.п.)
Акт дефекации	0 – недержание (или необходимо применение клизмы) 5 – периодическое недержание 10 – полностью контролирует
Акт мочеиспускания	0 – недержание, или катетеризация, или задержка мочеиспускания 5 – периодическое недержание 10 – полностью контролирует
Пользование туалетом	0 – полностью зависим от окружающих 5 – нуждается в некоторой помощи, но часть действий может выполнять самостоятельно 10 – не нуждается в помощи (одевается, осуществляет гигиенические процедуры)
Перемещение (с кровати на стул и обратно)	0 – перемещение невозможно, не удерживает равновесие сидя 5 – нуждается в значительной помощи (физической, одного или двух человек), может сидеть 10 – нуждается в незначительной помощи (вербальной или физической) 15 – не нуждается в помощи

Параметр	Критерии
Передвижение (на ровной поверхности)	0 – неспособен к передвижению, или <50 метров 5 – самостоятельное перемещение в инвалидном кресле, включая углы, >50 метров 10 – ходит с помощью одного лица (вербальной или физической), >50 метров 15 – не нуждается в помощи (но может использовать вспомогательные средства, например, трость), >50 метров
Ходьба по лестнице	0 – неспособен подниматься по лестнице даже с поддержкой 5 – нуждается в помощи (вербальной, физической, вспомогательном средстве) 10 – не нуждается в помощи

Индекс Бартела определяется суммированием баллов по всем параметрам. Максимальная оценка составляет 100 баллов;

2) для оценки функционального статуса определяется способность выполнения основных функций:

Параметр (функция)	Может 2 балла	Не может 0 баллов	С затруднением 1 балл
Завести руки за голову, за спину на уровне талии (оценивается способность расчесываться, мыть спину, способность одеваться, выполнять гигиенические процедуры)			
Сидя дотронуться рукой до большого пальца на противоположной ноге (способность одевания нижней части тела, подстригания ногтей)			
Сжать пальцы врача обеими руками (способность открывать двери, банки)			
Удерживать лист бумаги между большим и указательным пальцами (способность выбора и удержания предметов)			
Подняться со стула без помощи рук (возможность свободного передвижения)			

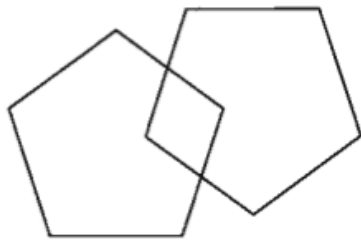
3) для оценки соматического статуса применяется шкала оценки состояния когнитивных функций (MMSE)

Если пациент жалуется на возникшие проблемы в когнитивной сфере и есть подозрения на деменцию, необходимо принять меры по объективизации нарушений в когнитивной сфере: анамнез, анамнез окружающих, первичное нейропсихологическое обследование.

Для этого в повседневной практике используются следующие процедуры.

Проба	Оценка
1.Ориентировка во времени: Назовите дату (число, месяц, год, день недели, время года)	0 - 5

Проба	Оценка
2.Ориентировка в месте: Где мы находимся? (страна, область, город, клиника, этаж)	0 - 5
3.Восприятие: Повторите три слова: карандаш, дом, копейка	0 - 3
4.Концентрация внимания и счет: Серийный счет ("от 100 отнять 7") - пять раз либо: Произнесите слово "земля" наоборот	0 - 5
5.Память Припомните 3 слова (см. пункт 3)	0 - 3
6.Речь: Показываем ручку и часы, спрашиваем: "как это называется?" Просим повторить предложение: "Никаких если, и или но"	0 - 3
Выполнение 3-этапной команды: "Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стол"	0 - 3
Чтение: "Прочтите и выполните" 1. Закройте глаза 2. Напишите предложение	0 - 2
3. Срисуйте рисунок (*см. ниже)	0 - 1
Общий балл:	0-30



\*

### Инструкции к шкале MMSE

1. Ориентировка во времени. Попросите больного полностью назвать сегодняшнее число, месяц, год и день недели. Максимальный балл (5) дается, если больной самостоятельно и правильно называет число, месяц и год. Если приходится задавать дополнительные вопросы, ставится 4 балла. Дополнительные вопросы могут быть следующие: если больной называет только число спрашивают "Какого месяца?", "Какого года?", "Какой день недели?". Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на один балл.

2. Ориентировка в месте. Задается вопрос: "Где мы находимся?". Если больной отвечает не полностью, задаются дополнительные вопросы. Больной должен назвать страну, область, город, учреждение в котором происходит обследование, номер комнаты (или этаж). Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на один балл.

3. Восприятие. Дается инструкция: "Повторите и постарайтесь запомнить три слова: карандаш, дом, копейка". Слова должны произноситься максимально разборчиво со скоростью одно слово в секунду. Правильное повторение слова больным оценивается в один балл для каждого из слов. Следует предъявлять

слова столько раз, сколько это необходимо, чтобы испытуемый правильно их повторил. Однако, оценивается в баллах лишь первое повторение.

4. Концентрация внимания. Просят последовательно вычитать из 100 по 7, так как это описано в 2.1.3.е. Достаточно пяти вычитаний (до результата "65"). Каждая ошибка снижает оценку на один балл. Другой вариант: просят произнести слово "земля" наоборот. Каждая ошибка снижает оценку на один балл. Например, если произносится "ямлез" вместо "ялмез" ставится 4 балла; если "ямлзе" - 3 балла и т.д.

5. Память. Просят больного вспомнить слова, которые заучивались в п.3. Каждое правильно названное слово оценивается в один балл.

6. Речь. Показывают ручку и спрашивают: "Что это такое ?", аналогично - часы. Каждый правильный ответ оценивается в один балл.

Просят больного повторить вышеуказанную сложную в грамматическом отношении фразу. Правильное повторение оценивается в один балл.

Устно дается команда, которая предусматривает последовательное совершение трех действий. Каждое действие оценивается в один балл.

Даются три письменных команды; больного просят прочитать их и выполнить. Команды должны быть написаны достаточно крупными печатными буквами на чистом листе бумаги. Правильное выполнение второй команды предусматривает, что больной должен самостоятельно написать осыщенное и грамматически законченное предложение. При выполнении третьей команда больному дается образец (два пересекающихся пятиугольника с равными углами), который он должен перерисовать на нелинованной бумаге. Если при перерисовке возникают пространственные искажения или несоединение линий, выполнение команды считается неправильным. За правильное выполнение каждой из команд дается один балл.

### **Интерпретация результатов**

Итоговый балл выводится путем суммирования результатов по каждому из пунктов. Максимально в этом тесте можно набрать 30 баллов, что соответствует оптимальному состоянию когнитивных функций. Чем ниже итоговый балл, тем более выражен когнитивный дефицит. Результаты теста могут трактоваться следующим образом:

- 28 – 30 баллов – нет нарушений когнитивных функций;
- 24 – 27 баллов – преддементные когнитивные нарушения;
- 20 – 23 балла – деменция легкой степени выраженности;
- 11 – 19 баллов – деменция умеренной степени выраженности;
- 0 – 10 баллов – тяжелая деменция.

### **6) Случаи с проведением услуги «Альбуминовый диализ с регенерацией альбумина» в стационаре**

При проведении пациенту в рамках подготовки к трансплантации печени услуги «Альбуминовый диализ» кодировать данную услугу кодом A18.05.021.001 «Альбуминовый диализ с регенерацией альбумина» (раздел справочника 103) с указанием основного диагноза услуги по МКБ-10 из

перечня диагнозов, являющихся дифференцирующим признаком КСГ КСГ st04.003 «Болезни печени, невирусные (уровень 1)», st04.004 «Болезни печени, невирусные (уровень 2)». Количество услуг A18.05.021.001 «Альбуминовый диализ с регенерацией альбумина» в рамках одного случая лечения – не более 2, оплата производится по тарифу, установленному в Тарифном соглашении по ОМС, дополнительно к стоимости КСГ st04.003 «Болезни печени, невирусные (уровень 1)», st04.004 «Болезни печени, невирусные (уровень 2)».

#### **7) Удаление металлоконструкций после ранее проведенного остеосинтеза**

A16.03.014.001 Удаление инородного тела кости интрамедуллярных металлоконструкций

A16.03.014.002 Удаление инородного тела кости экстрамедуллярных металлоконструкций

A16.03.021 Удаление внутреннего фиксирующего устройства

A16.03.021.001 Удаление внутреннего фиксирующего устройства из бедра

A16.03.021.002 Удаление внутреннего фиксирующего устройства из голени

A16.03.021.003 Удаление внутреннего фиксирующего устройства из плеча

A16.03.021.004 Удаление внутреннего фиксирующего устройства из таза

A16.03.049 Удаление дистракционного аппарата

A16.03.084 Замена спиц или стержней в наружном фиксирующем устройстве,

корректно кодировать КСГ st29.009 «Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)», т.к. вышеперечисленные услуги являются классификационным критерием, однозначно определяющим отнесение случая оказания медицинской помощи к данной КСГ.

Кодирование случаев удаления металлоконструкций КСГ st29.006 «Множественные переломы, травматические ампутации, размозжения и последствия травм» является некорректным, т.к. дифференцирующим признаком отнесения к данной КСГ является не номенклатура проведенных оперативных вмешательств, а коды МКБ-10 T92 «Последствия травм верхней конечности», T93 «Последствия травм нижней конечности», T91.2 «Последствия других переломов грудной клетки и таза», T91 «Последствия травм шеи и туловища».

#### **8) Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)**

Формирование КСГ st29.007 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)» осуществляется по коду классификационного критерия, отражающего наличие травмы в двух и более анатомических областях (голова/шея, позвоночник, грудная клетка, живот, таз, конечности), множественную травму и травму в нескольких областях тела, и коду МКБ 10

дополнительного диагноза, характеризующего тяжесть состояния.

Распределение кодов МКБ 10, которые участвуют в формировании группы st29.007 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)», по анатомическим областям приведено в следующей таблице 2. Для удобства восприятия, каждой анатомической области присвоен код (столбец «Код анатомической области»).

Таблица 2

Код анатомич. 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 и травма в нескольких областях тела	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

В качестве кода дополнительного диагноза, характеризующего тяжесть состояния, должен быть использован как минимум один из нижеследующих



диагнозов:

Код	Наименование
J94.2	Гемоторакс
J94.8	Другие уточненные плевральные состояния
J94.9	Плевральное поражение неуточненное
J93	Пневмоторакс
J93.0	Спонтанный пневмоторакс напряжения
J93.1	Другой спонтанный пневмоторакс
J93.8	Другой пневмоторакс
J93.9	Пневмоторакс неуточненный
J96.0	Острая респираторная недостаточность
N17	Острая почечная недостаточность
N17.0	Острая почечная недостаточность с тубулярным некрозом
N17.1	Острая почечная недостаточность с острым кортикальным некрозом
N17.2	Острая почечная недостаточность с медуллярным некрозом
N17.8	Другая острая почечная недостаточность
N17.9	Острая почечная недостаточность неуточненная
T79.4	Травматический шок
R57.1	Гиповолемический шок
R57.8	Другие виды шока

## 8. Правила кодирования и оплаты по двум КСГ в рамках одного случая

1) в случаях, когда после завершения лечения по поводу заболевания, по которому проводилось лечение, в той же медицинской организации проводится медицинская реабилитация (второй из КСГ в случае одной госпитализации является КСГ по профилю Медицинская реабилитация), должно соблюдаться одновременное выполнение условий:

а) медицинская помощь должна быть оказана в одной медицинской организации;

б) второй КСГ случая должна быть КСГ по профилю Медицинская реабилитация (при наличии в МО лицензии на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»);

в) дата окончания лечения по первой КСГ (не реабилитационной) равна дате начала лечения по КСГ по профилю «Медицинская реабилитация»;

г) основной диагноз, по которому оказывалась медицинская помощь по поводу заболевания, должен соответствовать диагнозу, по которому проводится медицинская реабилитация:

<b>1. Нейрореабилитация</b>	
<b>коды основного диагноза по МКБ-10 КСГ, предшествующего реабилитации</b>	<b>коды основного диагноза по МКБ-10 КСГ реабилитации (КСГ st37.001-003, st37.004.1, st37.004.2)</b>
I60 Субарахноидальное кровоизлияние	I69.0 Последствия субарахноидального

I60.0	Субарахноидальное кровоизлияние из каротидного синуса и бифуркации	I69.1	Последствия внутричерепного кровоизлияния
I60.1	Субарахноидальное кровоизлияние из средней мозговой артерии	I69.2	Последствия другого нетравматического внутричерепного кровоизлияния
I60.2	Субарахноидальное кровоизлияние из передней соединительной артерии	I69.3	Последствия инфаркта мозга
I60.3	Субарахноидальное кровоизлияние из задней соединительной артерии	I69.4	Последствия инсульта, не уточненные как кровоизлияние или инфаркт мозга
I60.4	Субарахноидальное кровоизлияние из базилярной артерии		
I60.5	Субарахноидальное кровоизлияние из позвоночной артерии		
I60.6	Субарахноидальное кровоизлияние из других внутричерепных артерий		
I60.7	Субарахноидальное кровоизлияние из внутричерепной артерии неуточненной		
I60.8	Другое субарахноидальное кровоизлияние		
I60.9	Субарахноидальное кровоизлияние неуточненное		
I61	Внутримозговое кровоизлияние		
I61.0	Внутримозговое кровоизлияние в полушарие субкортикальное		
I61.1	Внутримозговое кровоизлияние в полушарие кортикальное		
I61.2	Внутримозговое кровоизлияние в полушарие неуточненное		
I61.3	Внутримозговое кровоизлияние в ствол мозга		
I61.4	Внутримозговое кровоизлияние в мозжечок		
I61.5	Внутримозговое кровоизлияние		

I61.6	внутрижелудочковое Внутримозговое кровоизлияние множественной локализации	
I61.8	Другое внутримозговое кровоизлияние	
I61.9	Внутримозговое кровоизлияние неуточненное	
I62	Другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние	
I62.0	Субдуральное кровоизлияние (острое) (нетравматическое)	
I62.1	Нетравматическое экстрадуральное кровоизлияние	
I62.9	Внутричерепное кровоизлияние (нетравматическое) неуточненное	
I63.0	Инфаркт мозга, вызванный тромбозом прецеребральных артерий	
I63.1	Инфаркт мозга, вызванный эмболией прецеребральных артерий	
I63.2	Инфаркт мозга, вызванный неуточненной закупоркой или стенозом прецеребральных артерий	
I63.3	Инфаркт мозга, вызванный тромбозом мозговых артерий	
I63.4	Инфаркт мозга, вызванный эмболией мозговых артерий	
I63.5	Инфаркт мозга, вызванный неуточненной закупоркой или стенозом мозговых артерий	
I63.6	Инфаркт мозга, вызванный тромбозом вен мозга, непиогенный	
I63.8	Другой инфаркт мозга	
I63.9	Инфаркт мозга неуточненный	
I64	Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт	
<b>2. Реабилитация при заболеваниях опорно-двигательного аппарата</b>		
<b>коды основного диагноза по МКБ-10 КСГ, предшествующего реабилитации</b>		<b>коды основного диагноза по МКБ- 10 КСГ реабилитации (КСГ st37.005-007)</b>

M48.4	Перелом позвоночника, связанный с перенапряжением	S73.0	Вывих бедра
M80	Остеопороз с патологическим переломом	T91	Последствия травм шеи и туловища
M84	Плохое срастание перелома	T91.0	Последствия поверхностной травмы и открытого ранения шеи и туловища
M90.7 *	Переломы костей при новообразованиях C00-D48	T91.1	Последствие перелома позвоночника
M96.6	Перелом после установки ортопедического имплантата суставного протеза или костной пластинки	T91.2	Последствие других переломов грудной клетки и таза
S12	Перелом шейного отдела позвоночника	T91.3	Последствие травмы спинного мозга
S22	Перелом ребра ребер , грудины и грудного отдела позвоночника	T91.4	Последствие травмы внутригрудных органов
S32	Перелом пояснично-крестцового отдела позвоночника и костей таза	T91.5	Последствие травмы внутрибрюшных и тазовых органов
S42	Перелом на уровне плечевого пояса и плеча части плечевого пояса открытый	T91.8	Последствие других уточненных травм шеи и туловища
S52	Перелом костей предплечья	T91.9	Последствие неуточненной травмы шеи и туловища
S62	Перелом на уровне запястья и кисти	T92	Последствия травм верхней конечности
S72	Перелом бедренной кости	T92.0	Последствие открытого ранения верхней конечности
S82	Перелом костей голени, включая голеностопный сустав	T92.1	Последствие перелома верхней конечности, исключая запястье и кисть
S92	Перелом стопы, исключая перелом голеностопного сустава	T92.2	Последствие перелома на уровне запястья и кисти
T02	Переломы, захватывающие несколько областей тела	T92.3	Последствие вывиха, растяжения и деформации верхней конечности
T08	Перелом позвоночника на неуточненном уровне	T92.4	Последствие травмы нерва верхней конечности
T10	Перелом верхней конечности на неуточненном уровне	T92.5	Последствие травмы мышцы и сухожилия верхней конечности

T12	Перелом нижней конечности на неуточненном уровне	T92.6	Последствие разможжения и травматической ампутации верхней конечности
T91.1	Последствия перелома позвоночника	T92.8	Последствие других уточненных травм верхней конечности
T91.2	Последствия других переломов грудной клетки и таза	T92.9	Последствие неуточненной травмы верхней конечности
T92.1	Последствия перелома верхней конечности, исключая запястье и кисть	T93	Последствия травм нижней конечности
T92.2	Последствия перелома на уровне запястья и кисти	T93.0	Последствие открытого ранения нижней конечности
T93.1	Последствия перелома бедра	T93.1	Последствие перелома бедра
T93.2	Последствия других переломов нижней конечности	T93.2	Последствие других переломов нижней конечностей
S73.0	Вывих бедра	T93.3	Последствие вывиха, растяжения и деформации нижней конечности
T91	Последствия травм шеи и туловища	T93.4	Последствие травмы нерва нижней конечности
T91.0	Последствия поверхностной травмы и открытого ранения шеи и туловища	T93.5	Последствие травмы мышцы и сухожилия нижней конечности
T91.1	Последствие перелома позвоночника	T93.6	Последствие разможжения и травматической ампутации нижней конечности
T91.2	Последствие других переломов грудной клетки и таза	T93.8	Последствие других уточненных травм нижней конечности
T91.3	Последствие травмы спинного мозга	T93.9	Последствие неуточненной травмы нижней конечности
T91.4	Последствие травмы внутригрудных органов	T94	Последствия травм, захватывающих несколько областей тела, и травм неуточненной локализации
T91.5	Последствие травмы внутрибрюшных и тазовых органов	T94.0	Последствия травм, захватывающих несколько областей тела
T91.8	Последствие других уточненных травм шеи и туловища	T94.1	Последствия травм, неуточненных по локализации
T91.9	Последствие неуточненной	M24.	Контрактура сустава

T92	травмы шеи и туловища Последствия травм верхней конечности	5 M41	Сколиоз
T92.0	Последствие открытого ранения верхней конечности	M41.0	Инфантильный идиопатический сколиоз
T92.1	Последствие перелома верхней конечности, исключая запястье и кисть	M41.1	Юношеский идиопатический сколиоз
T92.2	Последствие перелома на уровне запястья и кисти	M41.2	Другие идиопатические сколиозы
T92.3	Последствие вывиха, растяжения и деформации верхней конечности	M41.3	Торакогенный сколиоз
T92.4	Последствие травмы нерва верхней конечности	M41.4	Нервно-мышечный сколиоз
T92.5	Последствие травмы мышцы и сухожилия верхней конечности	M41.5	Прочие вторичные сколиозы
T92.6	Последствие размождения и травматической ампутации верхней конечности	M41.8	Другие формы сколиоза
T92.8	Последствие других уточненных травм верхней конечности	M41.9	Сколиоз неуточненный
T92.9	Последствие неуточненной травмы верхней конечности		
T93	Последствия травм нижней конечности		
T93.0	Последствие открытого ранения нижней конечности		
T93.1	Последствие перелома бедра		
T93.2	Последствие других переломов нижней конечностей		
T93.3	Последствие вывиха, растяжения и деформации нижней конечности		
T93.4	Последствие травмы нерва нижней конечности		
T93.5	Последствие травмы мышцы и сухожилия нижней конечности		
T93.6	Последствие размождения и травматической ампутации нижней конечности		
T93.8	Последствие других уточненных травм нижней		

T93.9	конечности Последствие неуточненной травмы нижней конечности	
T94	Последствия травм, захватывающих несколько областей тела, и травм неуточненной локализации	
T94.0	Последствия травм, захватывающих несколько областей тела	
T94.1	Последствия травм, неуточненных по локализации	
M24.5	Контрактура сустава	
M41	Сколиоз	
<b>3. Реабилитация при кардиологических заболеваниях</b>		
<b>коды основного диагноза по МКБ-10 КСГ, предшествующего реабилитации</b>		<b>коды основного диагноза по МКБ-10 КСГ реабилитации (КСГ st37.008, st37.009, st37.010,)</b>
I21	Острый инфаркт миокарда	I25.2 Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда
I21.0	Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда	Q25.0 Открытый артериальный проток
I21.1	Острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда	
I21.2	Острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций	
I21.3	Острый трансмуральный инфаркт миокарда неуточненной локализации	
I21.4	Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда	
I21.9	Острый инфаркт миокарда неуточненный	
I22	Повторный инфаркт миокарда	
I22.0	Повторный инфаркт передней стенки миокарда	
I22.1	Повторный инфаркт нижней стенки миокарда	
I22.8	Повторный инфаркт миокарда другой уточненной локализации	
I22.9	Повторный инфаркт миокарда	

неуточненной локализации Q25.0 Открытый артериальный проток	
<b>4. Реабилитация при соматических заболеваниях</b>	
коды основных диагнозов по МКБ-10 соответствуют кодам КСГ st37.011 «Медицинская реабилитация при других соматических заболеваниях (3 балла по ШРМ)», st37.012 «Медицинская реабилитация при других соматических заболеваниях (4 балла по ШРМ)», st37.013 «Медицинская реабилитация при других соматических заболеваниях (5 баллов по ШРМ)»	
<b>5. Реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации</b>	
коды основных диагнозов по МКБ-10 соответствуют кодам КСГ st37.015 «Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации»	
<b>6. Реабилитация детей с поражениями центральной нервной системы</b>	
коды основных диагнозов по МКБ-10 соответствуют кодам КСГ st37.017 «Медицинская реабилитация детей с поражениями центральной нервной системы»	
<b>7. Реабилитация детей после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем</b>	
коды основных диагнозов по МКБ-10 соответствуют кодам КСГ st37.018 «Медицинская реабилитация детей, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем»	
<b>8. Реабилитация детей, перенесших заболевания перинатального периода</b>	
коды основных диагнозов по МКБ-10 соответствуют кодам КСГ st37.014 «Медицинская реабилитация детей, перенесших заболевания перинатального периода»	
<b>9. Реабилитация детей с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения</b>	
коды основных диагнозов по МКБ-10 соответствуют кодам КСГ st37.016 «Медицинская реабилитация детей с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения»	

**2) по профилям «Акушерское дело», «Акушерство и гинекология»:**  
**- случаи оказания медицинской помощи на койках сестринского ухода круглосуточного стационара и последующим родоразрешением**

Случай оказания медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих койки сестринского ухода при дородовой госпитализации и последующим родоразрешением пациентки в одной медицинской организации включается в реестр в рамках одной госпитализации по двум КСГ, при этом началом случая считается дата начала лечения по КСГ st01.001 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода»



(кодировка основного диагноза по классу МКБ-10 по КСГ 1 из класса Z), а окончанием – дата выписки из стационара после родоразрешения, в т.ч. оперативного. Оплата производится в согласно п.7.3.4 Тарифного соглашения – по соответствующим тарифам КСГ, входящим в случай лечения. При этом правила оплаты случая лечения с длительностью 3 дня и менее/сверхдлительного случая лечения применяются для каждой КСГ случая, правило определения прерванного случая применяется для КСГ с более поздними сроками лечения»;

**- при дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности, с последующим родоразрешением** оплачивается КСГ st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью», и одна из КСГ st02.003 «Родоразрешение», КСГ st02.004 «Кесарево сечение» при условиях:

- длительность пребывания в отделении патологии в течение 6 дней и более;
- длительность пребывания в отделении патологии менее 6 дней, но не менее 2-х дней с основным диагнозом из МКБ-10: O14.1, O34.2, O36.3, O36.4, O42.2;

### **3) по профилю «Онкология»:**

**- случаи оказания медицинской помощи в рамках одной госпитализации, одной из которых является КСГ st19.038.1 «Установка, замена ПИК катетера для лекарственной терапии злокачественных новообразований», st19.038.2 «Установка, замена порт - системы для лекарственной терапии злокачественных новообразований»,** подается в рамках профиля «Онкология» с проведением другого вида противоопухолевого лечения. При этом КСГ st19.038.1, st19.038.2 включаются в реестр в первый или последний день госпитализации независимо от даты, когда был фактически установлен ПИК-катетер или порт-система. Несовпадение даты фактической установки систем в первичной медицинской документации и даты оказания медицинской услуги (соответствующей КСГ) в реестр не является нарушением при оказании медицинской помощи или оформления медицинской документации и/или реестра.

**- случаи этапного хирургического лечения при злокачественных новообразованиях, не предусматривающие выписку пациента из стационара,** оплачиваются по стоимости двух КСГ при соблюдении следующих условий:

- 1) медицинская помощь оказывается в одной медицинской организации;
- 2) основной диагноз каждой из КСГ из класса C и D;
- 3) в рамках одной госпитализации предъявляются 2 КСГ в соответствии с перечнем и последовательностью операций, указанных в справочнике SPSOCHETOPER.TYPE=2.

**4) случаи с оказанием медицинской помощи с применением дорогостоящего оборудования для купирования жизненно угрожающих синдромов (КСГ st36.009 «Реинфузия аутокрови», st36.010 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация», st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация») на фоне лечения основного заболевания**

Только для тех МО, в которых имеется соответствующее оборудование согласно данным «Паспорта МО».

Медицинская помощь, оказанная пациенту в период одной госпитализации по двум КСГ, одна из которых относится к реанимационным КСГ (st36.009, st36.010, st36.011), оплачивается отдельно по каждой КСГ по соответствующему тарифу независимо от того, относятся коды основного диагноза реанимационной КСГ и КСГ по основному заболеванию к одному классу МКБ-10 или к разным.

При этом реанимационные КСГ включаются в реестр в первый или последний день госпитализации независимо от даты, когда была фактически оказана услуга. Несовпадение даты фактического оказания услуги по реанимационной КСГ в первичной медицинской документации и даты в реестре не является нарушением при оказании медицинской помощи или оформления медицинской документации и/или реестра.

**5) Случаи с проведением первой иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации, КСГ st36.016 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции» при одновременном выполнении следующих условий:**

а) проведение первой иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции;

б) сроки проведения иммунизации совпадают по времени с госпитализацией по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, и являющихся показанием к иммунизации (коды основного диагноза услуги по МКБ-10 P07.0 «Крайне малая масса тела при рождении» и P27.1 «Бронхолегочная дисплазия, возникшая в перинатальном периоде») в эпид. сезон РСВ - инфекции;

в) в реестр счетов включается КСГ в последний день госпитализации (случая) вне зависимости от даты проведения иммунизации;

г) проведение иммунизации против РСВ инфекции производится в медицинских организациях, имеющих отделения второго этапа выхаживания новорожденных в соответствии с приказом МЗ СО от 09.12.2020 № 2277-п «О профилактике респираторно-синцитиальной инфекции у детей, проживающих в Свердловской области».

**6) Случаи с проведением антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами, а также в случаях лечения по**

поводу инвазивных микозов по КСГ st36.013 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1)», st36.014 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 2)», st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 3)» при одновременном выполнении следующих условий:

а) сроки проведения антимикробной/антимикотической терапии совпадают по времени с госпитализацией по поводу лечения основного заболевания, потребовавшего применения антимикробной терапии;

б) применение услуги:

A26.30.004 «Определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам»;

в) диагноз услуги подтверждает наличие инфекционного процесса;

г) применение не менее одного лекарственного препарата в парентеральной форме из перечня МНН в составе схем антибактериальной и/или антимикотической терапии:

Код КСГ	№ п/п	Перечень МНН	МНН в перечне ЖНВЛП
st36.013	A713	Даптомицин в течение не менее 5 суток	Да
	A1312	Линезолид в течение не менее 5 суток	Да
	A1394	Меропенем в течение не менее 5 суток	Да
	A2025	Тедизолид в течение не менее 5 суток	Да
	A2074	Тигециклин в течение не менее 5 суток	Да
	A2221	Флуконазол в течение не менее 10 суток	Да
	A2319	Цефтаролина фосамил в течение не менее 5 суток	Да
st36.014	A1444	Микафунгин в течение не менее 10 суток	Да
	A1791	Полимиксин В в течение не менее 5 суток	Нет
	A2027	Телаванцин в течение не менее 5 суток	Да
	A2253	Фосфомицин в течение не менее 5 суток	Да
st36.015	A553	Вориконазол (парентеральная форма) в течение не менее 10 суток	Да
	A1129	Каспофунгин в течение не менее 10 суток	Да

Код КСГ	№ п/п	Перечень МНН	МНН в перечне ЖНВЛП
	A2318	Цефтазидим+[Авибактам] в течение не менее 5 суток	Да
	A2320	Цефтолозан+[Тазобактам] в течение не менее 5 суток	Да

В случае необходимости применения лекарственных препаратов, не входящих в перечень ЖНВЛП, решение об их назначении принимается врачебной комиссией.

#### **9. Правила оплаты случаев медицинской помощи одновременно по тарифам высокотехнологичной помощи (ВМП) и клинико-статистической группы (КСГ)**

Случаи медицинской помощи кодируются в реестре счетов с указанием двух услуг в рамках одной госпитализации – высокотехнологичной помощи (ВМП) и специализированной помощи по клинико-статистической группе (КСГ), если медицинская помощь по КСГ оказана в порядке комплексного обследования и/или предоперационной подготовки пациентов, а также продолжения лечения после оказания ВМП при развитии нового заболевания, при этом основные диагнозы КСГ и ВМП должны быть из разных классов МКБ-10. Если после оказания ВМП пациент переводится на второй этап медицинской реабилитации (КСГ относится к федеральному профилю 37 «Реабилитация», то основные диагнозы КСГ и ВМП могут быть из одного класса МКБ-10.

## **Правила кодирования в дневном стационаре**

### **1. Применение коэффициентов сложности лечения пациента (КСЛП)**

1) Проведение в период пребывания пациента в дневном стационаре однотипных операций на парном орган зрения (по уровням)

2) – коэффициент сложности лечения пациента применяется в уровне 2 для случаев лечения с проведением операций на органе зрения «Панретинальная лазерная коагуляция» (код A22.26.010). Условия предъявления в реестр счетов ОМС:

- включение в реестр медицинской помощи КСГ, дифференцирующим признаком для которой является услуга A22.26.010 «Панретинальная лазерная коагуляция»;
- повторное включение услуги A22.26.010 «Панретинальная лазерная коагуляция» в одну и ту же дату.

2) Оказание медицинской помощи в дневном стационаре при условии обращения за телемедицинской консультацией:

- A23.30.099.006 «Обращение за телемедицинской консультацией»,
- A23.30.099.010 «Обращение за телемедицинской консультацией в национальные медицинские исследовательские центры (НМИЦ)»).

### **2. Правила кодирования услуг в рамках процедуры ЭКО**

Случаи оказания медицинской помощи с использованием процедуры ЭКО в зависимости от объема оказанных услуг, учитываются и кодируются в реестрах счетов ОМС следующим образом:

№ п/п	Наименование этапов проведения ЭКО	Код КСГ	Наименование КСГ	Код услуги	Наименование услуги	Наименование медицинских технологий
1	Проведение первого этапа ЭКО (стимуляция суперовуляции), I - II (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки), I - III (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, ЭКО и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов (неполный цикл)	ds02.009	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 2)	A11.20.019.101	Стимуляция суперовуляции	Проведение I этапа ЭКО: стимуляция суперовуляции
				A11.20.019.101	Стимуляция суперовуляции	Проведение I-II этапов ЭКО: стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки (A11.20.019 Получение яйцеклетки)
				A11.20.019	Получение яйцеклетки	
				A11.20.019.101	Стимуляция суперовуляции	Проведение I-III этапов ЭКО: стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки (A11.20.019 Получение яйцеклетки), экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов (A11.20.027 Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов; A11.20.028 Культивирование эмбриона); без последующей криоконсервации эмбрионов
				A11.20.019	Получение яйцеклетки	
				A11.20.027	Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов	
2	Проведение I - III этапов ЭКО (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, ЭКО и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов (неполный цикл)	ds02.010	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)	A11.20.019.101	Стимуляция суперовуляции	Проведение I-III этапов ЭКО: стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки (A11.20.019 Получение яйцеклетки), экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов (A11.20.027 Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов; A11.20.028 Культивирование эмбриона); без последующей криоконсервации эмбрионов
				A11.20.019	Получение яйцеклетки	
				A11.20.027	Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов	
				A11.20.028	Культивирование эмбриона	

	цикл)			A11.20.031	Криоконсервация эмбрионов	A11.20.028 Культивирование эмбриона); с последующей криоконсервацией эмбрионов (A11.20.031 Криоконсервация эмбрионов) без переноса эмбрионов
3	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов			A11.20.019.101	Стимуляция суперовуляции	Проведение I-IV этапов ЭКО: стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки (A11.20.019 Получение яйцеклетки), экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов (A11.20.027 Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов; A11.20.028 Культивирование эмбриона), внутриматочное введение (перенос) эмбрионов (A11.20.030 Внутриматочное введение эмбриона); без криоконсервации эмбрионов
				A11.20.019	Получение яйцеклетки	
				A11.20.027	Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов	
				A11.20.028	Культивирование эмбриона	
				A11.20.030	Внутриматочное введение эмбриона	
4	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов	ds02.011	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 4)	A11.20.019.101	Стимуляция суперовуляции	Проведение I-IV этапов ЭКО: стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки (A11.20.019 Получение яйцеклетки), экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов (A11.20.027 Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов; A11.20.028 Культивирование эмбриона), внутриматочное введение эмбриона)
				A11.20.019	Получение яйцеклетки	
				A11.20.027	Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов	
				A11.20.028	Культивирование эмбриона	
				A11.20.030	Внутриматочное введение эмбриона	

				A11.20.031	Криоконсервация эмбрионов	введение (перенос) эмбрионов (A11.20.030 Внутриматочное введение эмбриона); с криоконсервацией эмбрионов (A11.20.031 Криоконсервация эмбрионов)
				A11.20.019.101	Стимуляция суперовуляции	
				A11.20.019	Получение яйцеклетки	
				A11.20.027	Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов	
				A11.20.028	Культивирование эмбриона	
				A11.20.031	Криоконсервация эмбрионов	
				A11.20.030.001	Внутриматочное введение криоконсервированного эмбриона	



### 3. Химиотерапевтическое лечение ЗНО

Отнесение случаев к группам ds19.080.1-ds19.096.10, охватывающим случаи лекарственного лечения ЗНО у взрослых (кроме ЗНО кроветворной и лимфоидной ткани), осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» (C00-C80, C97, D00-D09) и кода схемы лекарственной терапии (sh0001 – sh9003) из справочника SPSHEM.

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 лекарственной терапии».

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

Пример 1: схема sh0024 – Винорелбин 25-30 мг/м<sup>2</sup> в 1-й, 8-й дни; цикл 21 день

Количество дней введения в тарифе – 1.

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

Схема sh0024.1 – Винорелбин 25-30 мг/м<sup>2</sup> в 1-й, 8-й дни; цикл 21 день

Количество дней введения в тарифе – 2.

В один законченный случай входит два дня введения винорелбина одному больному, соответственно, за каждый 21-дневный цикл у каждого больного предусмотрена 1 госпитализация для введения винорелбина в 1-й и в 8-й день.

Пример 2: схема sh0695 – Фторурацил 375-425 мг/м<sup>2</sup> в 1-5-й дни + кальция фолинат 20 мг/м<sup>2</sup> 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.

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

В случае применения многокомпонентной схемы, в которой в первое введение вводится несколько препаратов, а в последующие введения вводится один препарат, стоимость КСГ рассчитана по принципу усреднения затрат и

распределена равномерно между введениями в рамках цикла. В указанных случаях для всех введений должен использоваться одинаковый код схемы.

Например:

Пациенту проводится химиотерапия в режиме винорелбин 25 мг/м<sup>2</sup> в 1-й, 8-й дни + трастузумаб 6 мг/кг (нагрузочная доза 8мг/кг) в 1-й день; цикл 21 день.

Корректная кодировка для первого и второго введения: Схема sh0027 «Винорелбин + трастузумаб» – подразумевает введение винорелбина и трастузумаба в 1-й день цикла и введение винорелбина в 8-й день цикла.

При расчете стоимости случаев лекарственной терапии учтены при необходимости в том числе нагрузочные дозы (начальная доза больше поддерживающей) в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделяются), а также учтена сопутствующая терапия для коррекции нежелательных явлений (например, противорвотные препараты, препараты, влияющие на структуру и минерализацию костей и др.) и для лечения и профилактики осложнений основного заболевания.

Нагрузочные дозы отражены в названии и описании схемы, например: Схема sh0218 Цетуксимаб (описание схемы - Цетуксимаб 250 мг/м<sup>2</sup> (нагрузочная доза 400 мг/м<sup>2</sup>) в 1-й день; цикл 7 дней) – подразумевает нагрузочную дозу цетуксимаба 400 мг/м<sup>2</sup>.

В расчете стоимости случаев лекарственной терапии с применением схем лекарственной терапии, включающих «трастузумаб» с режимом дозирования «6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) в 1-й день; цикл 21 день», учтена возможность изменения режима дозирования на «600 мг» в соответствии с клиническими рекомендациями и инструкциями к лекарственным препаратам.

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

Также в 2022 году кодируются как sh9003 схемы с лекарственными препаратами, не включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения.

В случаях применения sh9003 обязательно проведение экспертизы качества медицинской помощи.

# **1) Лекарственное лечение злокачественных новообразований у детей и злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей у взрослых подразделяется по группам ds08.001-ds08.003, ds19.063-ds19.078**

Случаи оказания медицинской помощи по КСГ ds08.001-ds08.003, охватывающим случаи лекарственного лечения ЗНО у детей, производится на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С», заведения схемы «нет» из справочника SPSHEM «Справочник схем», кода

на лекарственный препарат (МНН), даты введения лекарственного препарата, кодов Номенклатуры и возраста – менее 18 лет. Отнесение к указанным КСГ производится по коду Номенклатуры – А25.30.014 Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у детей.

Отнесение к КСГ ds19.063-ds19.078 осуществляется по сочетанию кода МКБ 10 (коды С81-С96, D45-D47), кода длительности госпитализации, а также, заведения кода МНН или АТХ группы применяемых лекарственных препаратов из справочника SPSHEM «Справочник схем», даты введения лекарственного препарата:

Группа ЛП	КСГ	Группа ДЛ
Группа ЛП 1	ds19.063	1 – пребывание до 3 дней включительно
	ds19.064	2 - от 4 до 10 дней включительно
	ds19.065	3 - от 11 до 20 дней включительно
	ds19.066	4 - от 21 до 30 дней включительно
Группа ЛП 2	ds19.067	1 – пребывание до 3 дней включительно
	ds19.068	2 - от 4 до 10 дней включительно
	ds19.069	3 - от 11 до 20 дней включительно
	ds19.070	4 - от 21 до 30 дней включительно
Группа ЛП 4	ds19.071	1 – пребывание до 3 дней включительно
	ds19.072	2 - от 4 до 10 дней включительно
	ds19.073	3 - от 11 до 20 дней включительно
	ds19.074	4 - от 21 до 30 дней включительно
Группа ЛП 6	ds19.075	1 – пребывание до 3 дней включительно
	ds19.076	2 - от 4 до 10 дней включительно
	ds19.077	3 - от 11 до 20 дней включительно
	ds19.078	4 - от 21 до 30 дней включительно

Учитывая, что при ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей в ряде случаев длительность госпитализации может значительно превышать 30 дней, предполагается ежемесячная подача счетов на оплату, начиная с 30 дней с даты госпитализации. Для каждого случая, предъявляемого к оплате, отнесение к КСГ осуществляется на основании критериев за период, для которого формируется счет.

Заполнение поля ONK\_SL (данные об онкологическом случае) и консилиуме обязательно для всех случаев с основным диагнозом классов МКБ-10 С, D00-09, D45-D47.

**2) КСГ ds36.002.1 «Лекарственная терапия препаратами, полученными по программам льготного лекарственного обеспечения или за счет других источников»** с указанием услуги А25.05.100 «Введение лекарственных препаратов, полученных по программам льготного лекарственного обеспечения, или за счет других источников, требующих наблюдения врача» (из раздела справочника 203) кодируются случаи введения медицинской организацией лекарственных препаратов, предоставленных пациентом, получившим лекарственные препараты по программам льготного лекарственного обеспечения за счет областного или федерального бюджета, в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами или иной организацией, действующей в интересах пациента, из иных источников финансирования (за исключением лекарственных препаратов приобретенных пациентом или его представителем за счет личных средств).

Случаи оказания медицинской помощи с применением лекарственного препарата Ритуксимаб, получаемого пациентами по льготным рецептам, принимаются к оплате при монотерапии (с премедикацией глюкокортикостероидами и антигистаминными препаратами) в условиях дневного стационара по КСГ ds36.006.1. (при оказании медицинской помощи иногородним пациентам – по тарифу КСГ st36.012).

Случаи оказания медицинской помощи взрослым с онкологическими и онкогематологическими заболеваниями (коды МКБ-10: C00-C80, C97, D00-D09, C81-C96, D45-D47) с проведением лекарственной монотерапии препаратом МНН: Золедроновая кислота в условиях дневного стационара кодируются КСГ ds36.006.2 «Злокачественные новообразования без специального противоопухолевого лечения (уровень 2)» с указанием услуги А25.30.033.111 «Применение лекарственного препарата: Золедроновая кислота».

#### **4. КСГ «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов» (ds36.008.1- ds36.010.6)**

По случаям оказания медицинской помощи с применением ГИБП (включенных в перечень ЖНВЛП и имеющих соответствующие показания согласно инструкции по применению лекарственных препаратов в соответствии с клиническими рекомендациями) выбор соответствующего КСГ осуществляется по МНН конкретного ГИБП либо МНН конкретного ГИБП и дозы препарата.

<b>Код КСГ</b>	<b>Наименование КСГ</b>	<b>Наименование лекарственных препаратов</b>
ds36.008.1	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 1.1	Этанерцепт
ds36.008.2	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 1.2	Тоцилизумаб (подкожное введение)

ds36.008.3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 1.3	Нетакимаб
ds36.008.4	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 1.4	Адалимумаб
ds36.008.5	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 1.5	Сарилумаб
ds36.008.6	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 1.6	Дупилумаб
ds36.008.7	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 1.7	Цертолизумаб
ds36.008.8	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 1.8	Белимумаб
ds36.008.9	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 1.9	Абатацепт
ds36.008.10	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 1.10	Тоцилизумаб (внутривенное введение)
ds36.009.1	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 2.1	Левилимаб
ds36.009.2	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 2.2	Омализумаб 300 мг
ds36.009.3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 2.3	Секукинумаб 150 мг
ds36.009.4	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 2.4	Олокизумаб
ds36.009.5	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 2.5	Реслизумаб
ds36.009.6	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 2.6	Иксекизумаб
ds36.009.7	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 2.7	Голимумаб 50 мг
ds36.009.8	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 2.8	Омализумаб 450 мг
ds36.009.9	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 2.9	Меполизумаб
ds36.009.10	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 2.10	Паливизумаб
ds36.009.11	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 2.11	Омализумаб 600 мг
ds36.009.12	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 2.12	Секукинумаб 300 мг
ds36.009.13	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 2.13	Инфликсимаб
ds36.009.14	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 2.14	Голимумаб 100 мг
ds36.010.1	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 3.1	Ритуксимаб 500 мг

ds36.010.2	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 3.2	Ритуксимаб 1000 мг
ds36.010.3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 3.3	Ведолизумаб
ds36.010.4	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 3.4	Бенрализумаб
ds36.010.5	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 3.5	Гуселькумаб
ds36.010.6	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов, уровень 3.6	Устекинумаб

**5. КСГ «Системные поражения соединительной ткани, артропатии, спондилопатии» взрослые (ds24.001.1), дети (ds22.001) с введением инъекционного химиотерапевтического препарата (например, метотрексата)**

4 последовательных введения препарата с периодичностью введения один раз в неделю с однодневными госпитализациями в дневном стационаре должна кодироваться КСГ «Системные поражения соединительной ткани, артропатии, спондилопатии, дети» (КСГ ds22.001) или КСГ «Системные поражения соединительной ткани, артропатии, спондилопатии, взрослые» (КСГ ds24.001.1). Оплата производится после проведения месячного курса, включающего 4 последовательных введения препарата. К медицинской карте прилагается сквозной лист введений препарата, оригинал которого хранится у пациента, копия остается в медицинской карте (Приказ МЗСО от 02 апреля 2018 №486-п «Об организации химиотерапевтического лечения больных неврологического, нефрологического, ревматологического профилей в условиях дневного и круглосуточного стационаров»).

**6. КСГ «Остеопатии с применением антирезорбтивных препаратов» (ds24.001.2)**

Отнесение случаев оказания медицинской помощи к данной КСГ производится путем комбинации кода МКБ 10 (M80.0-M80.9; M81.0-M81.6, M81.8-M81.9; M82.0, M82.1, M82.8) и одной из услуг по назначению лекарственного препарата: A25.30.033.111 «Применение лекарственного препарата: Золедроновая кислота» или A25.30.033.144 «Применение лекарственного препарата: Деносумаб».

**7. Правила оплаты по двум КСГ в рамках одного случая**

В случаях, когда одной КСГ является КСГ ds19.028.1 «Установка, замена ПИК катетера для лекарственной терапии злокачественных новообразований» или ds19.028.2 «Установка, замена порт-системы для лекарственной терапии злокачественных новообразований», другой – КСГ профиля «Онкология» с проведением лекарственной противоопухолевой терапии, оплата проводится по двум КСГ.

КСГ ds19.028.1, ds19.028.2 включаются в реестр в первый или последний день госпитализации независимо от даты, когда был фактически установлен ПИК-катетер или порт-система. Несовпадение даты фактической установки систем в первичной медицинской документации и даты оказания медицинской услуги (соответствующей КСГ) в реестре не является нарушением при оказании медицинской помощи или оформления медицинской документации и/или реестра. При этом, если лечение по одной из этих КСГ является сверхкоротким (3 дня и менее)/сверхдлительным/прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными для таких случаев правилами (п. 8.4 – 8.5 Тарифного соглашения).

## **Правила кодирования и оплаты скорой медицинской помощи**

Случаи оказания медицинской помощи с проведением тромболитической терапии в условиях скорой медицинской помощи кодируются вызовами, которые соответствуют применяемым лекарственным препаратам (услуга по применению конкретного фибринолитического препарата входит в стандарт).

### **Рекомендации по кодированию услуг (вызовов) выездных консультативно-реанимационных бригад в СМП**

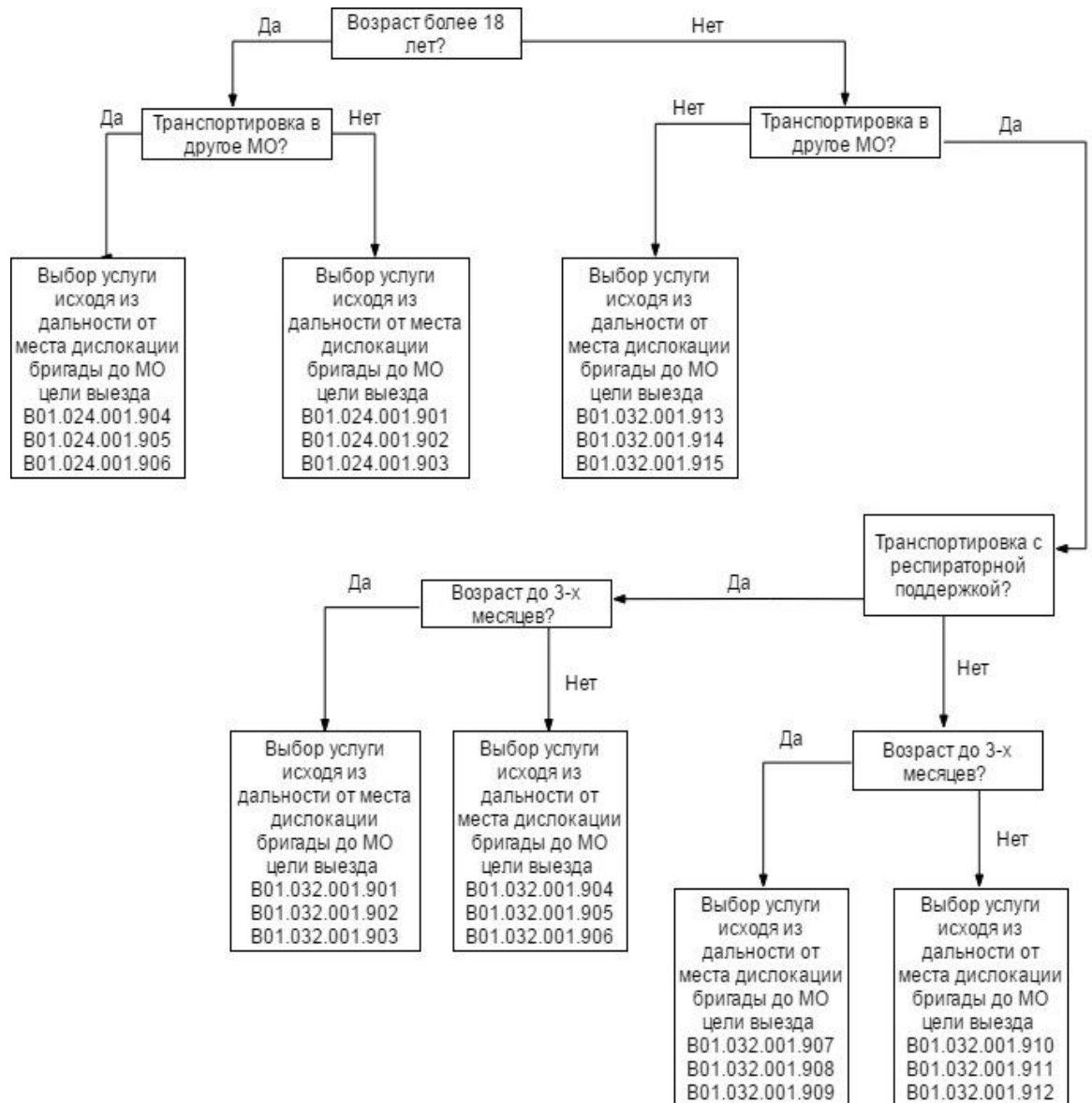
1. При кодировании услуг выездных консультативно-реанимационных бригад в СМП ОБЯЗАТЕЛЬНО заполнение поля реестра «Код МО обращения (DST\_MO)» с корректным кодом МО, куда выезжала бригада.

Выбор услуги, соответствующей оказанной медицинской помощи, осуществляется поэтапно по следующим параметрам:

- 1) возраст пациента на дату начала лечения;
- 2) вид услуги: наличие транспортировки пациента или оказание консультативной помощи на месте;
- 3) наличие респираторной поддержки при транспортировке детей;
- 4) дальность выезда бригады от места дислоцирования до МО цели выезда.



### Алгоритм выбора при кодировании услуг (вызовов) выездных консультативно-реанимационных бригад



**Не подлежат включению в реестр вызовы СМП с результатами лечения:**

- 407 - «Больной не найден на месте»;
- 409 - «Адрес не найден»;
- 410 - «Ложный вызов»;
- 412 - «Больной увезён до прибытия СМП»;
- 413 - «Больной обслужен врачом поликлиники до прибытия СМП»;
- 414 - «Вызов отменён»;
- 416 - «Дежурство».