

Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

Оплата медицинских услуг, оказанных в условиях дневного стационара, в том числе медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), осуществляется:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу (КСГ);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа;

Работа дневного стационара осуществляется в одно- или двухсменном режиме. При этом длительность ежедневного проведения пациенту лечебно-диагностических мероприятий в дневном стационаре составляет от 3 до 6 часов.

Общие правила формирования различных КСГ в дневном стационаре те же, что и в круглосуточном.

В качестве критериев при формировании КСГ используются:

- Диагноз (код диагноза в соответствии с международной классификацией болезней 10 пересмотра (МКБ -10);
- Хирургическая операция и/или другой применяемый специальный метод лечения, сложная медицинская технология (код в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н).
- Возрастная категория пациента;
- Пол;

- Сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ 10);
- Оценка состояния пациента (по шкале реабилитационной маршрутизации);
- Схема лекарственного лечения.
- МНН лекарственного препарата;
- Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- Длительность лечения.

При этом классификационный критерий должен быть в обязательном порядке включен в реестр счетов, формируемый медицинскими организациями на оплату медицинской помощи.

Формирование КСГ производится в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», направленными письмом Министерства здравоохранения РФ и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 №11-7/10/2-7543 и №14525/26-1/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

Расчет стоимости случая лечения заболевания, включенного в соответствующую клинко-статистическую группу заболеваний.

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

Ссл = БС x КЗксг x Куc x Купр., где:

БС* – базовая ставка финансирования стационарозамещающей медицинской помощи (средняя стоимость законченного случая лечения в дневном стационаре), размер базовой ставки на 2019 год - 11 647,00 руб.;

*В соответствии с приказом Федерального фонда ОМС от 21.11.2018г. №247 «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» и «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», утвержденными Министерством здравоохранения РФ и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования 21.11.2018 при расчете базовой ставки учтен коэффициент дифференциации 1,001, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012г. №462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»).

КЗКСГ - коэффициент относительной затратно-емкости КСГ (коэффициенты утверждены «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», направленными Министерством здравоохранения РФ и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018).

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

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара устанавливается в разрезе трех уровней оказания медицинской помощи дифференцированно для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций.

При определении коэффициентов уровня (подуровня) оказания медицинской помощи учитывается разница расходов на содержание имущества на единицу объема медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах, входящих в различные уровни (подуровни).

Купр – коэффициент управленческий по КСГ, к которой отнесен данный случай (приложение 3.3.1).

Правила применения поправочных коэффициентов.

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

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, с указанием уровня и подуровня оказания стационарозамещающей медицинской помощи содержится в приложении 3.3.2 к тарифному соглашению.

Значения коэффициентов уровня и подуровня для стационарозамещающей медицинской помощи устанавливаются приложением 3.3.3 к тарифному соглашению.

Перечень клинико-статистических групп заболеваний с указанием коэффициентов относительной затратно-емкости КСГ, управленческих коэффициентов, коэффициентов оплаты прерванных случаев, применяемых для оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара, указан в приложении 3.3.1 к тарифному соглашению.

Клинико-статистические группы, к которым не применяется коэффициент уровня дневного стационара.

При оплате по ряду КСГ (помощь оказывается преимущественно на одном уровне либо имеет высокую степень стандартизации медицинских технологий и

предусматривает одинаковое применение методов диагностики и лечения на различных уровнях) коэффициент уровня (подуровня) дневного стационара не применяется (стоимость случаев лечения по данным КСГ одинакова для стационаров всех уровней).

Перечень КСГ для ДС, к которым коэффициент уровня (подуровня) оказания стационарозамещающей медицинской помощи не применяется.

Таблица 1

КСГ	Наименование КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ	КУС
ds02.005	Экстракорпоральное оплодотворение	9,79	Нет
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)	0,33	Нет
ds02.007	Аборт медикаментозный	1,04	Нет
ds12.002	Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия (уровень 1)	1,1	Нет
ds12.003	Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия (уровень 2)	4,9	Нет
ds12.004	Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия (уровень 3)	22,2	Нет
ds15.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)	1,75	Нет
ds15.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)	2,89	Нет
ds20.006	Замена речевого процессора	45,5	Нет
ds31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,75	Нет
ds36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина	7,86	Нет
ds36.004	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов	9,74	Нет

Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

Оплата медицинской помощи прерванных случаев производится с понижающим коэффициентом.

В случае если длительность лечения составила 3 дня и менее и пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости для данной КСГ. При длительности лечения более 3-х дней – 95% от стоимости КСГ.

Если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 30% от стоимости законченного случая лечения. При длительности лечения более 3-х дней – 90% от стоимости законченного случая лечения (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

Исключение составляют КСГ, при которых оплата осуществляется в полном объеме (100%) независимо от длительности лечения (таблица 2).

Перечень КСГ, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения.

Таблица 2

№ КСГ	Наименование КСГ (дневной стационар)
ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds02.007	Аборт медикаментозный
ds05.003	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые*
ds05.004	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые*
ds05.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе*
ds05.006	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы*
ds05.007	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
ds15.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
ds15.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
ds19.018	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
ds19.019	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
ds19.020	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
ds19.021	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*

№ КСГ	Наименование КСГ (дневной стационар)
ds19.022	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
ds19.023	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
ds19.024	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
ds19.025	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
ds19.026	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
ds19.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
ds19.028	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
ds19.029	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ
ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
ds20.006	Замена речевого процессора
ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
ds25.001	Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения
ds27.001	Отравления и другие воздействия внешних причин
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
ds36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
ds36.004	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов*

<*> При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения.

Коэффициент оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в дневном стационаре по каждой из клинико-статистических групп указан в приложении 3.3.1.

Особенности оплаты случаев экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

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

1. I этап - стимуляция суперовуляции;
2. II этап - получение яйцеклетки;
3. III этап - экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;
4. IV этап - внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

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

При этом хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

Для обеспечения адекватности оплаты случая в соответствии с фактически завершенным этапом КСГ № ds02.005 «Экстракорпоральное оплодотворение» разделена на подгруппы (ds02.005.1, ds02.005.2, ds02.005.3, ds02.005.4, ds02.005.5, ds02.005.6, ds02.005.7, ds02.005.8) с различными коэффициентами относительной затратоемкости, рассчитанными исходя из значений КСЛП.

Перечень случаев и значения поправочных коэффициентов (КСЛП) для расчета коэффициентами относительной затратоемкости подгрупп КСГ

Таблица 3

№ п/п	Наименование этапов проведения ЭКО	Значение КСЛП
1	Проведение первого этапа экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции), I-II (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки), I-III (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов (неполный цикл)	0,6
2	Проведение I-III этапов экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов (неполный цикл)	1
3	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов	1
4	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов	1,1
5	Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос)	0,19

КСЛП к выделяемым подгруппам дополнительно не применяется.

Перечень подгрупп с коэффициентом относительной затратоемкости для оплаты случаев экстракорпорального оплодотворения.

Таблица 4

	Наименование этапов проведения ЭКО	КЗ	Код Номенклатуры	Наименование
ds02.005.1	Экстракорпоральное оплодотворение I этап (стимуляция суперовуляции)	5,87	A25.20.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях женских

				половых органов
ds02.005.2	Экстракорпоральное оплодотворение I-II этап (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки)	5,87	A11.20.019	Получение яйцеклетки (для стимуляции и получения яйцеклетки)
ds02.005.3	Экстракорпоральное оплодотворение I-III этап (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов без последующей криоконсервации)	5,87	A11.20.027	Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов
ds02.005.4	Экстракорпоральное оплодотворение I-III этап (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов с последующей криоконсервацией эмбрионов)	9,79	A11.20.028	Культивирование эмбриона
ds02.005.5	Экстракорпоральное оплодотворение I-IV этап полный цикл (без применения криоконсервации эмбрионов)	9,79	A11.20.017	Экстракорпоральное оплодотворение, культивирование и внутриматочное введение эмбриона (для полного цикла без криоконсервации)
ds02.005.6	Экстракорпоральное оплодотворение I-IV этап полный цикл с последующей криоконсервацией эмбрионов.	10,77	A11.20.031	Криоконсервация эмбрионов (для полного цикла с криоконсервацией)
ds02.005.7	Экстракорпоральное оплодотворение IV этап (Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (для отсроченного переноса по медицинским показаниям))	1,86	A11.20.030	Внутриматочное введение эмбриона (размораживание с последующим переносом)

ds02.005.8	Экстракорпоральное оплодотворение IV этап (Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки <i>(для случаев повторного прохождения процедуры ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов)</i>)	1,86	A11.20.030.001	Внутриматочное введение криоконсервированного эмбриона
------------	--	------	----------------	--

С целью упорядочения оплаты медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий установлены различные модели оплаты медицинских услуг по программе ЭКО.

В случаях проведения у пациентки всех этапов ЭКО выставляется один индивидуальный счет за законченный случай экстракорпорального оплодотворения (I-IV этап).

В случае проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов, оплата случая осуществляется по КСГ № ds02.005.5 «Экстракорпоральное оплодотворение I-IV этап полный цикл (без применения криоконсервации эмбрионов)»

В случае проведения в рамках одного случая всех четырех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов, оплата осуществляется по КСГ № ds02.005.6 «Экстракорпоральное оплодотворение I-IV этап полный цикл с последующей криоконсервацией эмбрионов». В данный цикл не входит осуществление размораживания криоконсервированных эмбрионов и перенос криоконсервированных эмбрионов в полость матки. В случае если женщина повторно проходит процедуру ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов, случай госпитализации оплачивается по КСГ № ds02.005.8 «Экстракорпоральное оплодотворение IV этап (Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки)».

В случаях завершения программы ЭКО по итогам I этапа, после проведения I и II этапов или I, II и III этапов без последующей криоконсервации эмбрионов, оплата случая осуществляется по КСГ № ds02.005.1, КСГ № ds02.005.2 и КСГ ds02.005.3 соответственно.

Для оплаты медицинская организация выставляет один индивидуальный счет за законченный случай лечения, в котором будет указан код номенклатуры, соответствующий последнему, фактически завершённому этапу.

В случаях отмены пересадки эмбрионов с последующей их криоконсервацией и отсроченным переносом эмбрионов допускается модель оплаты с выставлением двух частичных счетов в рамках 1 законченного случая ЭКО:

1. «Экстракорпоральное оплодотворение I-III этап (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов с последующей криоконсервацией эмбрионов)» (после завершения I-III этапов) - КСГ № ds02.005.4

2. При переносе криоконсервированных эмбрионов - КСГ № ds02.005.7 «Экстракорпоральное оплодотворение IV этап (Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки)».

Таблица 5

	Наименование этапов проведения ЭКО	КЗ	Код Номенклатуры	Наименование
ds02.005.4	Экстракорпоральное оплодотворение I-III этап (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов <i>с последующей криоконсервацией эмбрионов</i>)	9,79	A11.20.028	Культивирование эмбриона
ds02.005.7	Экстракорпоральное оплодотворение IV этап (Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (для случаев повторного прохождения процедуру ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов))	1,86	A11.20.030	Внутриматочное введение эмбриона (размораживание с последующим переносом)

Особенности оплаты случаев лекарственной терапии при хронических вирусных гепатитах (КСГ ds12.001 «Вирусный гепатит В хронический, лекарственная терапия», КСГ ds12.002 «Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия (уровень 1)», КСГ ds12.003 «Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия (уровень 2)», КСГ ds12.004 «Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия (уровень 3)»)

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

Коды Номенклатуры, использующиеся как классификационные критерии отнесения случаев к КСГ ds12.001-ds12.004

Таблица 6

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

Название услуги включает наименование группы лекарственного препарата согласно анатомо-терапевтическо-химической (АТХ) классификации, диагноз (хронический гепатит В или С), для гепатита С – указание на генотип вируса. В медицинской организации при назначении конкретного лекарственного препарата определяется его принадлежность к АТХ-группе и выбирается соответствующая услуга для кодирования. Закодированная услуга в дальнейшем в комбинации с диагнозом служит критерием отнесения к КСГ ds12.001-ds12.004.

При назначении комбинации из препаратов, который согласно АТХ-классификации относится к разным группам (например, «Интерфероны» и «Ингибиторы протеаз») отнесение производится к КСГ с большим коэффициентом затратоемкости (КСГ ds12.004).

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

Особенности оплаты случаев по профилю «Медицинская реабилитация»

Медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по медицинской реабилитации.

Медицинская помощь по профилю «медицинская реабилитация» оказывается в

специализированных медицинских организациях, реабилитационных отделениях (на реабилитационных койках) медицинских организаций в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации (приказ Минздрава России от 29.12.2012 №1705н) и на основе стандартов медицинской помощи.

Отнесение к КСГ, для оплаты медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел «В») вне зависимости от диагноза. При этом для формирования КСГ № ds37.001- ds37.008 применяется дополнительный классификационный критерий – оценка состояния пациента по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ):

Таблица 7

Код	Расшифровка дополнительного классификационного критерия
rb2	2 балла по шкале реабилитационной маршрутизации
rb3	3 балла по шкале реабилитационной маршрутизации

В условиях дневного стационара медицинская реабилитация проводится при оценке 2 - 3 по ШРМ (см. таб.21 приложения 2.2). Состояние пациента по ШРМ оценивается при поступлении в стационар. 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.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации

Отнесение к КСГ ds37.010 «Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации» осуществляется по коду медицинской услуги В05.028.001 «Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями органа слуха» или В05.046.001 «Слухо-речевая реабилитация глухих детей с кохлеарным имплантом» в сочетании с двумя дополнительными классификационными критериями: возраст до 18 лет (код 5) и код дополнительного классификационного критерия «rbs».

Дополнительный классификационный критерий «rbs» означает обязательное сочетание 2-х медицинских услуг: В05.069.005 «Разработка индивидуальной

программы дефектологической реабилитации» и В05.069.006 «Разработка индивидуальной программы логопедической реабилитации».

Таблица 8

Код	Расшифровка дополнительного классификационного критерия
rbs	Для КСГ «Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации» обязательно сочетание кода номенклатуры В05.069.005 «Разработка индивидуальной программы дефектологической реабилитации» и В05.069.006 «Разработка индивидуальной программы логопедической реабилитации».

Оплата осуществляется по соответствующей КСГ.