МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СПОСОБАМ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Первый заместитель
Министра здравоохранения
Российской Федерации

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП, хранится в системе электронного документооборота Министерства Здравоохранения Российской Федерации.

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат: 00CDAF2B991F108D5955A871DE66466D31
Кому выдан: Зеленский Владимир Анатольевич
Действителен: с 20.06.2025 до 13.09.2026

В.А. Зеленский

от 20.02.2026 № 31-2/И/2-2902

Председатель
Федерального фонда обязательного
медицинского страхования

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП, хранится в Межведомственной системе электронного документооборота Федерального фонда обязательного медицинского страхования

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат: 008487C624CE24E391CC7307407BF098D5
Владелец: БАЛАНИН ИЛЬЯ ВАЛЕРЬЕВИЧ
Действителен с 31-10-2025 до 24-01-2027

И.В. Баланин

№ 00-10-26-2-06/3109 от 20.02.2026

Одобрено решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации в части оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров по клинико-статистическим группам за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (протокол заседания от 16.02.2026 № 90/31-2/54)

Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – рекомендации) подготовлены в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188, в части базовой программы обязательного медицинского страхования (далее соответственно – Программа, базовая программа), а также Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 №44н (далее – Требования), и разъясняют порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования.

Основными отличиями новой модели клинико-статистических групп заболеваний (далее – КСГ) от модели КСГ 2025 года являются:

1) изменение количества КСГ в стационарных условиях с 452 до 468 групп, в условиях дневного стационара – с 216 до 224 групп (в том числе 462 КСГ в стационарных условиях и 222 КСГ в условиях дневного стационара без учета групп для оплаты медицинской помощи в федеральных медицинских организациях), в том числе за счет:

а) увеличения КСГ с 3 до 5 в стационарных условиях для проведения антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами;

б) увеличения КСГ с 19 до 21 групп в стационарных условиях и с 22 до 24 групп в условиях дневного стационара для оплаты случаев лекарственной терапии взрослых пациентов при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей);

в) увеличения КСГ с 6 до 7 групп для оплаты случаев лечения хронического вирусного гепатита С;

г) выделения КСГ для оплаты случаев комплексной медицинской реабилитации после протезирования верхних конечностей с установкой постоянного экзопротеза, в том числе с болевым синдромом, с применением ботулотоксина и комплексной медицинской реабилитации после

протезирования двух и более конечностей с установкой постоянного экзопротеза, в том числе с болевым синдромом, с применением ботулотоксина;

д) выделения КСГ для оплаты случаев баллонной вазодилатации с установкой 1/2/3 стентов в сосуд (сосуды) (без подъема сегмента ST электрокардиограммы);

е) выделения КСГ для оплаты случаев лечения ишемической болезни сердца с установкой 1/2/3 стентов в сосуд (сосуды);

ж) выделения КСГ для оплаты случаев имплантации частотно-адаптированного однокамерного кардиостимулятора;

з) выделения КСГ для оплаты случаев эндоваскулярной тромбэкстракции и стентирования брахиоцефальных артерий при остром ишемическом инсульте;

и) выделения КСГ для оплаты случаев экстракорпорального оплодотворения с проведением услуг преимплантационного генетического тестирования (эмбриона на моногенные заболевания (ПГТ-М) и на структурные хромосомные перестройки (ПГТ-СП));

к) выделения КСГ для оплаты случаев комплексной мультидисциплинарной медицинской реабилитации детей при тяжелых нарушениях двигательных и когнитивных функций после структурного повреждения центральной нервной системы травматического и/или сосудистого генеза и/или тяжелой политравме на 1-м этапе в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (только для федеральных медицинских организаций);

2) актуализация стоимости КСГ в рамках случаев лечения:

- кишечных инфекций у взрослых и детей;
- с применением ботулотоксина при неврологических заболеваниях;
- онкологических заболеваний, в том числе лимфоидной и кроветворной тканей;
- органов зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ);
- с интравитреальным введением лекарственных препаратов;
- с баллонной вазодилатацией с установкой 1/2/3 стентов в сосуд (сосуды) (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы);
- с применением генно-инженерных биологических препаратов, селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ;
- при комплексной медицинской реабилитации после протезирования нижних конечностей с установкой постоянного экзопротеза, в том числе с болевым синдромом, с применением ботулотоксина;
- экстракорпорального оплодотворения;
- хронического вирусного гепатита В без дельта агента и с дельта агентом.

СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ И В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА НА ОСНОВЕ ГРУПП ЗАБОЛЕВАНИЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП (КСГ)

1. Основные понятия и термины

В целях реализации настоящих рекомендаций устанавливаются следующие основные понятия и термины:

Случай госпитализации в круглосуточный стационар или **случай лечения** в дневном стационаре (далее также – случай лечения) – случай диагностики и лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

Клинико-статистическая группа заболеваний (далее также – КСГ, группа заболеваний, состояний) – группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов);

Оплата медицинской помощи по КСГ – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной затратоемкости и поправочных коэффициентов;

Базовая ставка – размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в группу заболеваний, состояний, который без учета коэффициента дифференциации устанавливается не ниже минимальных размеров базовых ставок, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, утверждаемой в составе Программы;

Коэффициент относительной затратоемкости – устанавливаемый Программой коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

Коэффициент дифференциации – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для субъекта Российской Федерации и/или отдельных территорий субъекта Российской Федерации (используемый в расчетах в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации);

Поправочные коэффициенты – устанавливаемые на территориальном

уровне: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов;

Коэффициент специфики – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф КСГ с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ;

Коэффициент уровня медицинской организации – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

Коэффициент подуровня медицинской организации – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций одного уровня, обусловленных объективными причинами;

Коэффициент сложности лечения пациентов – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, применяемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи;

Подгруппа в составе КСГ – группа заболеваний, выделенная в составе КСГ с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по КСГ, с учетом правил выделения и применения подгрупп, установленных Приложением 10 к настоящим рекомендациям.

2. Основные подходы к оплате медицинской помощи по КСГ

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях)) и в условиях дневного стационара в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются способы оплаты, установленные Программой.

Перечень групп заболеваний, состояний для оплаты первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в условиях дневного стационара и специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях, включающий также коэффициенты относительной затратоемкости (далее – Перечень), установлен Приложением № 4 к Программе и не может быть изменен при установлении тарифов в субъектах Российской Федерации, за исключением случаев выделения подгрупп в составе КСГ (допускается выделение не более 5 подгрупп в составе одной базовой КСГ).

В соответствии с Перечнем сформированы перечни КСГ, используемые для оплаты медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (Приложения 6 и 7 к настоящим рекомендациям). Указанные перечни в электронном виде размещены на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования в сети «Интернет» в разделе «Документы».

Оплата за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, по КСГ, предусмотренным Приложением № 4 к Программе, осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы лечения по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень видов ВМП), включенных в базовую программу, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы лечения по Перечню видов ВМП, не включенных в базовую программу, для которых Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, в случае их включения в территориальную программу обязательного медицинского страхования сверх базовой программы;

- социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и

расстройства поведения), в случае их включения в территориальную программу обязательного медицинского страхования сверх базовой программы;

- услуг диализа, включающих различные методы.

При планировании объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ, из общего объема средств, рассчитанного исходя из нормативов Территориальной программы государственных гарантий, исключаются средства:

- предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов;
- предназначенные на оплату медицинской помощи вне системы КСГ (в случаях, являющихся исключениями);
- направляемые на формирование нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения значения среднего поправочного коэффициента (СПК) по сравнению с запланированным.

Модель финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, основана на объединении заболеваний в группы (КСГ) и построена на единых принципах независимо от условий оказания медицинской помощи.

Нумерация представлена в формате кода, в котором первым и вторым знаком являются латинские буквы st (для круглосуточного стационара) или ds (для дневного стационара), третий и четвертый знаки – это порядковый номер профиля. Например, КСГ «Сепсис, взрослые» в круглосуточном стационаре имеет код st12.005, где st12 – код профиля «Инфекционные болезни» в круглосуточном стационаре, а 005 – порядковый номер КСГ внутри профиля «Инфекционные болезни».

Конкретный способ оплаты медицинской помощи при различных заболеваниях устанавливается территориальной программой обязательного медицинского страхования и должен соответствовать установленному Программой.

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов (классификационных критериев):

a. Диагноз (код по МКБ 10);

b. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура), а также, при

необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);

c. Схема лекарственной терапии;

d. Международное непатентованное наименование (далее – МНН) лекарственного препарата;

e. Возрастная категория пациента;

f. Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра (далее – МКБ-10));

g. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации; индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);

h. Длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);

i. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

j. Пол;

k. Длительность лечения;

l. Этап лечения, в том числе этап проведения экстракорпорального оплодотворения, долечивание пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), посттрансплантационный период после пересадки костного мозга;

m. Показания к применению лекарственного препарата;

n. Объем послеоперационных грыж брюшной стенки;

o. Степень тяжести заболевания;

p. Сочетание нескольких классификационных критериев в рамках одного классификационного критерия (например, сочетание оценки состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации с назначением ботулинического токсина).

В случае, если в названии классификационного критерия отнесения случая лечения к КСГ предусмотрено обязательное выполнение отдельных медицинских услуг (например, для КСГ st37.032 «Комплексная медицинская реабилитация после протезирования нижних конечностей с установкой

постоянного экзопротеза, в том числе с болевым синдромом, с применением ботулотоксина»), соответствующая КСГ может быть выбрана для оплаты только в случае выполнения всех услуг, обязательное выполнение которых предусмотрено соответствующим иным классификационным критерием.

Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ-10, являющийся основным поводом к госпитализации. Например, в случае, когда пациент, страдающий сахарным диабетом, госпитализирован в медицинскую организацию с легочной эмболией, для оплаты медицинской помощи в реестре счетов в поле «Основной диагноз» указывается легочная эмболия, в поле «Дополнительный диагноз» указывается сахарный диабет. Исключением являются случаи, осложненные сепсисом и фебрильной нейтропенией (особенности отнесения указанных случаев лечения к КСГ представлены в Приложении 9 к настоящим рекомендациям).

Субъектом Российской Федерации должен быть обеспечен учет всех медицинских услуг и классификационных критериев, используемых в расшифровке групп. При наличии хирургических операций и (или) других применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры.

При оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, в составе КСГ в тарифном соглашении могут быть выделены подгруппы, в том числе с учетом иных классификационных критериев, устанавливаемых в субъекте Российской Федерации. При этом данный классификационный критерий должен быть в обязательном порядке включен в реестр счетов, формируемый медицинскими организациями и передаваемый в территориальный фонд обязательного медицинского страхования. В качестве дополнительно установленных классификационных критериев могут быть определены: длительное пребывание на профильной койке (реанимационные, реанимационные для новорожденных, интенсивной терапии, интенсивной терапии для новорожденных) или использование дорогостоящих реанимационных технологий, дорогостоящих лекарственных препаратов (расходных материалов), уровень оказания медицинской помощи в случае сложившейся однообразной этапности ее оказания для конкретной КСГ.

При этом совокупность подгрупп в составе базовой КСГ должна включать в себя полный объем медицинской помощи, включенный в базовую КСГ в соответствии с Приложением № 4 к Программе. Исключение из модели КСГ отдельных диагнозов, медицинских услуг, дополнительных классификационных критериев или их сочетаний не допускается, в том числе в случае, если указанная медицинская помощь предоставляется вне

территории субъекта Российской Федерации.

Также целесообразно выделение подгрупп в случае, если фактический объем затрат медицинских организаций при оказании медицинской помощи в отдельных случаях лечения, включенных в базовую КСГ, значительно отклоняется от установленной стоимости базовой КСГ.

Выделение дорогостоящих лекарственных препаратов (расходных материалов) в качестве классификационных критериев возможно при наличии конкретных показаний, определенных клиническими рекомендациями в ограниченном количестве случаев, входящих в базовую КСГ, только для лекарственных препаратов, входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, и расходных материалов, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Дифференцирующими признаками в таких подгруппах могут быть как услуги по применению определенных групп лекарственных препаратов, так и применение МНН или схемы лекарственной терапии. Уровень затрат определяется исходя из сложившегося среднего уровня закупочных цен на данные препараты в субъекте Российской Федерации, либо в соответствии с зарегистрированными предельными отпускными ценами на них.

Средневзвешенный коэффициент затратоемкости (СКЗ) подгрупп должен быть равен коэффициенту относительной затратоемкости, установленному в рекомендациях (с возможностью его коррекции путем применения коэффициента специфики).

СКЗ рассчитывается по формуле:

$$\text{СКЗ} = \frac{\sum(\text{КЗ}_i \times \text{Ч}_{\text{СЛ}}^i)}{\sum \text{Ч}_{\text{СЛ}}},$$

где:

КЗ_i весовой коэффициент затратоемкости подгруппы i;

$\text{Ч}_{\text{СЛ}}^i$ количество случаев, пролеченных по подгруппе i;

$\text{Ч}_{\text{СЛ}}$ количество случаев в целом по группе.

Количество случаев по каждой подгруппе планируется в соответствии с количеством случаев за предыдущий год с учетом имеющихся в субъекте Российской Федерации приоритетов. Детальные правила выделения и применения подгрупп представлены в Приложении 10 к настоящим рекомендациям.

Размер финансового обеспечения медицинской организации по КСГ

рассчитывается как сумма стоимости всех случаев госпитализации в стационаре:

$$ФО_{МО} = \sum СС_{КСГ},$$

где:

$ФО_{МО}$ размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;

$СС_{КСГ}$ стоимость законченного случая госпитализации в стационарных условиях, рублей.

При правильной организации маршрутизации пациентов в субъекте Российской Федерации средний коэффициент затратоемкости стационара для медицинских организаций, имеющих более высокий уровень оснащенности, должен иметь большее значение, чем для медицинских организаций, имеющих более низкий уровень оснащенности.

Субъектам Российской Федерации следует осуществлять оценку эффективности оплаты медицинской помощи, оказанной стационарно и в условиях дневного стационара, в динамике по показателям, характеризующим:

- среднюю длительность пребывания в стационаре;

- уровень и структуру госпитализаций в круглосуточном стационаре;

- долю отдельных групп КСГ в стационарных условиях в общем количестве законченных случаев: st02.010, st05.008, st14.001, st19.182–st19.202, st19.097–st19.102, st20.005, st21.001, st29.009, st30.006, st31.002, st34.002;

- уровень и структуру случаев лечения в условиях дневного стационара;

- долю отдельных групп КСГ в условиях дневного стационара в общем количестве случаев лечения: ds02.003, ds05.005, ds14.001, ds19.050–ds19.057, ds19.157–ds19.180, ds19.071–ds19.078, ds20.002, ds21.002, ds29.001, ds30.002, ds31.002, ds34.002;

- структуру исходов лечения, в том числе уровень больничной летальности;

- оперативную активность;

- долю повторных госпитализаций по поводу одного и того же заболевания в течение 30 дней с момента выписки пациента (за исключением заболеваний с курсовым лечением и состояний, связанных с беременностью, а также операций на парных органах, частях тела).

3. Основные параметры оплаты медицинской помощи по КСГ, определяющие стоимость законченного случая лечения

Расчет стоимости законченного случая лечения по КСГ осуществляется на основе следующих экономических параметров:

1. Размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации;
2. Коэффициент относительной затратоемкости;
3. Коэффициент дифференциации (при наличии);
4. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи;
5. Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации;
6. Коэффициент сложности лечения пациента.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (ССксг) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов) определяется по следующей формуле:

$$\text{СС}_{\text{КСГ}} = \text{БС} \times \text{КД} \times \text{КЗ}_{\text{КСГ}} \times \text{КС}_{\text{КСГ}} \times \text{КУС}_{\text{МО}} + \text{БС} \times \text{КД}^{*} \times \text{КСЛП},$$

где:

БС	базовая ставка, рублей;
$\text{КЗ}_{\text{КСГ}}$	коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;
$\text{КС}_{\text{КСГ}}$	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах в случае, если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ);
$\text{КУС}_{\text{МО}}$	коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Постановление № 462).

Данный коэффициент используется в расчетах, в том числе в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации, в том числе для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований (далее – ЗАТО);

КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости – сумма применяемых КСЛП)
* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» (равно единице).

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times \left((1 - Д_{ЗП}) + Д_{ЗП} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КД\right) + \\ + БС \times КД^{*} \times КСЛП,$$

где:

$Д_{ЗП}$ доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением № 4 к Программе значение, к которому применяется КД, КС и КУС).

* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» (равно единице)

В случае выделения в субъекте Российской Федерации подгрупп в составе КСГ, для которых Приложением № 4 к Программе установлена доля заработной платы и прочих расходов, в Тарифном соглашении субъекта Российской Федерации устанавливаются рассчитанные в субъекте Российской Федерации доли заработной платы и прочих расходов в структуре выделяемых подгрупп.

3.1. Размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ)

Размер базовой ставки определяется исходя из следующих параметров:

- объема средств, предназначенных для финансового обеспечения

медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (в условиях дневного стационара) и оплачиваемой по КСГ (ОС);

- общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ (Чсл);

- среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ (СПК).

Размер базовой ставки устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации, и рассчитывается по формуле:

$$\text{БС} = \frac{\text{ОС} - \text{О}_{\text{СЛП}}}{\text{Ч}_{\text{СЛ}} \times \text{СПК} \times \text{КД}}.$$

СПК рассчитывается по формуле:

$$\text{СПК} = \frac{\sum \left(\text{КЗ}_i \times \left((1 - \text{Д}_{\text{ЗП}}) + \text{Д}_{\text{ЗП}} \times \text{КС}_{\text{КСГ}} \times \text{КУС}_{\text{МО}}^i \times \text{КД}_i \right) \times \text{Ч}_{\text{СЛ}}^i \right)}{\text{Ч}_{\text{СЛ}}}$$

Если для КСГ Приложением № 4 к Программе не установлена доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, значение $\text{Д}_{\text{ЗП}}$ принимается равным 1.

При расчете базовой ставки в качестве параметра $\text{О}_{\text{СЛП}}$ Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия) может использовать сумму, характеризующую вклад коэффициента сложности лечения пациента в совокупный объем средств на оплату медицинской помощи (указанный объем средств целесообразно планировать в сопоставимых ценах путем индексации объема средств ($\text{О}_{\text{СЛП}}$), рассчитанного на основании значений КСЛП предыдущего года или путем использования при расчете параметра $\text{О}_{\text{СЛП}}$ значений КСЛП и базовой ставки, предусмотренных для оплаты медицинской помощи в текущем году):

$$\text{О}_{\text{СЛП}} = \sum (\text{БС} \times \text{КД}^* \times \text{КСЛП}_i),$$

где:

КСЛП_i размер КСЛП, применяемый при оплате i-го случая оказания медицинской помощи.

* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» (равно единице).

Необходимо учитывать, что Программой предусмотрены средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для медицинской реабилитации и средние нормативы финансовых затрат на

единицу объема медицинской помощи за исключением медицинской реабилитации. При этом базовая ставка едина для всех профилей медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (в том числе для профиля «медицинская реабилитация»). Ее расчет осуществляется на основании объема средств, предназначенного для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ ($ОС$), общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ ($Ч_{СЛ}$), среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ ($СПК$) и объема средств, запланированного для КСЛП ($О_{СЛП}$), для всех профилей медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, за исключением медицинской реабилитации.

Оплата случаев лечения по профилю «медицинская реабилитация» осуществляется с использованием базовой ставки, рассчитанной в соответствии с вышеописанным алгоритмом.

Размер базовой ставки устанавливается на год. Корректировка базовой ставки возможна в случае значительных отклонений фактических значений от расчетных не чаще одного раза в квартал. Расчет базовой ставки осуществляется раздельно для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

При этом недопустимо установление значений базовых ставок в стационарных условиях и условиях дневного стационара без учета коэффициента дифференциации ниже минимальных размеров базовых ставок, используемых при формировании Перечня, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, утверждаемой в составе Программы:

- в стационарных условиях – 34 133,51 руб.;
- в условиях дневного стационара – 18 545,39 руб.

В случае отсутствия возможности расчета СПК из-за недостаточного количества статистической информации его значение рекомендуется установить на уровне 1,1 - 1,2 с целью учета прогнозируемого роста средней сложности пролеченных пациентов как признака улучшения обоснованности госпитализаций (данная рекомендация сформирована по итогам пилотной апробации модели КСГ).

Плановое количество случаев лечения по каждой медицинской организации (каждой КСГ) определяется согласно статистическим данным в рамках персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, осуществляемого в соответствии с главой 10 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ) с учетом запланированных изменений структуры госпитализаций.

В тарифном соглашении размер базовой ставки устанавливается как с учетом, так и без учета коэффициента дифференциации, рассчитанного в соответствии с Постановлением № 462.

В случае, если коэффициент дифференциации не является единым на территории субъекта Российской Федерации, в тарифном соглашении устанавливаются коэффициенты дифференциации для территории оказания медицинской помощи, используемые при оплате медицинской помощи, для всех без исключения медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

3.2. Коэффициент относительной затратоемкости КСГ

Коэффициенты относительной затратоемкости определены с учетом статей затрат, предусмотренных структурой тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, установленной Федеральным законом № 326-ФЗ, выполнения целевых показателей уровня заработной платы работников медицинских организаций, предусмотренных Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» (далее – Указ № 597), стоимости медицинских изделий и лекарственных препаратов, предусмотренных клиническими рекомендациями, традиционных продуктов диетического лечебного питания и специализированных пищевых продуктов диетического лечебного и диетического профилактического питания – смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов[1], включенных в нормы лечебного питания, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.06.2013 № 395н «Об утверждении норм лечебного питания».

3.3. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи

Коэффициент специфики оказания медицинской помощи (далее – коэффициент специфики) устанавливается тарифным соглашением для конкретной КСГ.

[1] Закупке подлежат специализированные продукты лечебного и диетического питания, смеси белковые композитные сухие, выпускаемые по ГОСТ 33933-2025 «Продукты диетического лечебного и диетического профилактического питания. Смеси белковые композитные сухие. Общие технические условия», и витаминно-минеральные комплексы, выпускаемые по ГОСТ Р 57106-2023 «Продукты диетического лечебного и диетического профилактического питания. Комплексы витаминно-минеральные в лечебном питании. Технические условия» и ГОСТ Р 58040-2017 «Комплексы витаминно-минеральные. Общие технические условия».

Цель установления коэффициента специфики состоит в мотивации медицинских организаций к регулированию уровня госпитализации при заболеваниях и состояниях, входящих в определенную КСГ, или стимулировании к внедрению конкретных современных методов лечения. Кроме этого, коэффициент специфики может быть применен в целях стимулирования медицинских организаций, а также медицинских работников (через осуществление выплат стимулирующего характера) к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий, в том числе развитию дневных стационаров в больничных учреждениях. В период перехода на оплату медицинской помощи по КСГ коэффициент специфики может применяться с целью коррекции рисков резкого изменения финансирования случаев, отнесенных к отдельным КСГ, пролеченных преимущественно в монопрофильных медицинских организациях.

Коэффициент специфики применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней (подуровней) медицинских организаций.

При выделении подгрупп в составе базовой КСГ коэффициент специфики учитывается при расчете коэффициентов относительной затратоемкости выделенных подгрупп. К подгруппам в составе КСГ коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1).

Значение коэффициента специфики – от 0,8 до 1,4.

К КСГ, начинающихся с символов st19 и ds19 (профиль «Онкология»), а также st08 и ds08 (профиль «Детская онкология»), коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1).

В случае применения коэффициента специфики с целью снижения рисков недофинансирования отдельных медицинских организаций в результате перехода на модель оплаты по КСГ его значение должно быть рассчитано с учетом фактических расходов на оказание медицинской помощи в рамках конкретной КСГ.

К КСГ, включающим оплату медицинской помощи с применением сложных медицинских технологий, в том числе при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности, а также группы с высокой долей расходов на медикаменты и расходные материалы, применение понижающих коэффициентов не допускается.

Таблица 1.

КСГ, к которым не применяются понижающие коэффициенты специфики.

№ КСГ	Наименование КСГ
st13.002	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
st13.005	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
st13.007	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
st15.015	Инфаркт мозга (уровень 2)
st15.016	Инфаркт мозга (уровень 3)
st17.001	Малая масса тела при рождении, недоношенность
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
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)

К КСГ, включающим оплату медицинской помощи при заболеваниях, лечение которых должно преимущественно осуществляться в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, повышающий коэффициент специфики не применяется.

Таблица 2.

КСГ, к которым не применяются повышающие коэффициенты специфики.

№ КСГ	Наименование КСГ
st04.001	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
st12.001	Кишечные инфекции, взрослые
st16.003	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии

№ КСГ	Наименование КСГ
st27.001	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
st27.003	Болезни желчного пузыря
st27.005	Гипертоническая болезнь в стадии обострения
st27.006	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1)
st27.010	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания
st30.004	Болезни предстательной железы
st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
st31.012	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей
st31.018	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы
st36.049	Госпитализация маломобильных граждан в целях прохождения диспансеризации, первый этап (второй этап при наличии показаний)

3.4. Коэффициент уровня медицинской организации

При оплате медицинской помощи учитываются уровни медицинских организаций, установленные субъектом Российской Федерации для каждой медицинской организации.

Коэффициент уровня медицинской организации устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации, в разрезе трех уровней медицинских организаций (за исключением городов федерального значения, где возможно установление двух уровней) дифференцированно для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций в соответствии с нормативными правовыми актами в сфере охраны здоровья, включая приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.04.2018 № 182 «Об утверждении методических рекомендаций о применении нормативов и норм ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения» и от 19.12.2025 № 747н «О Порядке оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (далее – Порядок № 747н). При этом структурные подразделения медицинской организации,

оказывающие медицинскую помощь соответственно в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, исходя из маршрутизации пациентов, могут иметь различные коэффициенты уровня медицинской организации.

При отсутствии различий в оказании медицинской помощи в медицинских организациях разного уровня субъект Российской Федерации может отказаться от установления коэффициента уровня медицинской организации при оплате медицинской помощи в условиях дневного стационара (в том числе при оплате медицинской помощи в медицинских организациях и (или) структурных подразделениях медицинских организаций, расположенных на территории ЗАТО).

Установление индивидуального коэффициента уровня (подуровня) медицинской организации в стационарных условиях и в условиях дневного стационара не допускается (за исключением индивидуальных коэффициентов уровня при условии, если на территории субъекта Российской Федерации медицинскую помощь в стационарных условиях или в условиях дневного стационара на данном уровне оказывает только одна медицинская организация, а также при условии, если выделяется отдельный подуровень для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, расположенных на территории ЗАТО).

Коэффициент уровня медицинской организации отражает разницу в затратах медицинских организаций на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований в медицинских организациях разного уровня, а также оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий.

В соответствии с Требованиями среднее значение коэффициента уровня медицинской организации (в том числе для структурных подразделений медицинской организации) составляет:

1) для медицинских организаций 1-го уровня – 0,9;

2) для медицинских организаций 2-го уровня – 1,05;

3) для медицинских организаций 3-го уровня – 1,25.

С учетом объективных критериев (разница в используемых энергоносителях, плотность населения обслуживаемой территории, монопрофильность медицинской организации (например, инфекционная больница, и т.д.)), базирующихся на экономическом обосновании и расчетах, выполненных в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в составе Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н (далее соответственно – Методика расчета тарифов, Правила ОМС), по каждому уровню могут выделяться не более 5 подуровней медицинской

организации с установлением коэффициентов по каждому подуровню.

Границы значений коэффициента подуровня медицинской организации:

для медицинских организаций (структурных подразделений) 1-го уровня – от 0,8 до 1,0;

для медицинских организаций (структурных подразделений) 2-го уровня – от 0,9 до 1,2;

для медицинских организаций (структурных подразделений) 3-го уровня – от 1,1 до 1,4.

Госпитали ветеранов войн необходимо относить к подуровню с более высоким коэффициентом подуровня медицинской организации.

Значение коэффициента уровня для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, расположенных на территории ЗАТО, устанавливается в размере не менее 1,2.

Однако средневзвешенный коэффициент уровня медицинской организации ($СКУС_i$) каждого уровня медицинской организации не может превышать средние значения. $СКУС_i$ рассчитывается по формуле:

$$СКУС_i = \frac{\sum(КУС_{МО_j} \times Ч_{СЛ_j})}{Ч_{СЛ_i}},$$

где:

$СКУС_i$	средневзвешенный коэффициент уровня медицинской организации i;
$КУС_{МО_j}$	коэффициент подуровня медицинской организации j;
$Ч_{СЛ_j}$	число случаев, пролеченных в стационарах с подуровнем j;
$Ч_{СЛ_i}$	число случаев в целом по уровню.

При этом субъект Российской Федерации вправе корректировать средние значения коэффициента уровня медицинской организации (с учетом установленных коэффициентов подуровней медицинской организации).

Средние значения коэффициента уровня медицинской организации для каждого последующего уровня в обязательном порядке должны превышать значения, установленные для предыдущих уровней.

В случае выделения подуровней медицинской организации соответствующие коэффициенты используются в расчетах вместо средних значений коэффициентов уровня медицинской организации ($КУС_{МО}$).

В целях более эффективного распределения средств обязательного медицинского страхования коэффициент уровня (подуровня) может устанавливаться не только для медицинских организаций в целом, но и для

структурных подразделений медицинских организаций. С учетом объективных критериев для структурных подразделений медицинских организаций могут быть установлены разные коэффициенты уровня (подуровня) медицинской организации.

Для структурных подразделений медицинских организаций 2-го уровня, осуществляющих оказание медицинской помощи по профилям «Детская онкология» и «Онкология», в том числе для центров амбулаторной онкологической помощи, коэффициент уровня (подуровня) не может быть установлен в размере менее 1.

В целях регулирования более высокого уровня затрат на оказание медицинской помощи, частоты госпитализации пациентов по отдельным группам заболеваний, а также учета особенностей оказания медицинской помощи, предусмотрено также установление коэффициента специфики и сложности лечения пациента.

К отдельным КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеющим высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающим (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в медицинских организациях различных уровней (например, при аппендэктомии), коэффициент уровня (подуровня) при оплате таких случаев госпитализации/лечения не применяется (принимается равным 1). Исчерпывающий перечень таких КСГ в стационарных условиях установлен Приложением 5 к настоящим рекомендациям. Перечень КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) в условиях дневного стационара, определяется в субъекте Российской Федерации самостоятельно. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях и (или) структурных подразделениях медицинских организаций, расположенных на территории ЗАТО, коэффициент уровня применяется в том числе при оплате медицинской помощи по КСГ, определенным Приложением 5 к настоящим рекомендациям.

3.5. Коэффициент сложности лечения пациента

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации, к отдельным случаям оказания медицинской помощи в соответствии с Требованиями и Приложением 1 к настоящим рекомендациям.

КСЛП учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях.

КСЛП устанавливается на основании объективных критериев, перечень

которых приводится в тарифном соглашении и в обязательном порядке отражается в реестрах счетов.

В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких различных КСЛП, итоговое значение КСЛП рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛП.

В случае применения КСЛП к прерванному случаю оказания медицинской помощи объем направляемых медицинской организации средств исчисляется без учета доли оплаты случаев оказания медицинской помощи, предусмотренных для прерванных случаев лечения.

В случае, если оплата законченного случая лечения осуществляется по двум и более КСГ, значение КСЛП применяется однократно к одной из КСГ, входящих в законченный случай лечения, за исключением:

1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую;

2. Проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение.

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных Требованиями и Приложением 1, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

Стоимость КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» в составе случая лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара определяется без учета коэффициента дифференциации субъекта Российской Федерации.

В субъекте Российской Федерации обеспечивается учет сведений о схемах сопроводительной лекарственной терапии в рамках случая лечения, оплата которой осуществляется с использованием КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)», путем отражения соответствующего кода схемы в поле «CRIT» реестра счетов на оплату медицинской помощи. Распределение схем сопроводительной лекарственной терапии по уровням

КСЛП представлено в Приложении 1 к настоящим рекомендациям.

3.6. Коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы

В целях распределения и доведения до медицинских организаций иных межбюджетных трансфертов бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации и бюджету территориального фонда обязательного медицинского страхования г. Байконура на дополнительное финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, в рамках реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в целях сохранения целевых показателей оплаты труда отдельных категорий медицинских работников, определенных Указом № 597, Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия) вправе установить значения коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации в соответствии с Указом № 597, использование которых предусмотрено Требованиями, для отдельных медицинских организаций.

4. Подходы к оплате отдельных случаев оказания медицинской помощи по КСГ

4.1. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи

В соответствии с Программой к прерванным случаям оказания медицинской помощи (далее – прерванный случай) относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным

исходом);

7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;

8. случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1–7 пункта 4.1 данного раздела) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, приведенный в Приложении № 8 к Программе;

9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, st37.027, st37.028, st37.029, st37.031, st37.032, st37.033, st37.034, st37.035, ds37.017, ds37.018, ds37.019, а также случаев лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020-ds12.028 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и Приложением 6 и 7 к настоящим рекомендациям (далее – Группировщик (Приложение 6 и 7).

В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ-10, что и диагноз основного заболевания, и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации/лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2–10 пункта 4.3 настоящего раздела рекомендаций, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2–4 пункта 4.1 данного раздела.

Приложением № 8 к Программе определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности,

не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

В случае выделения в субъекте Российской Федерации подгрупп в составе КСГ, не включенных в вышеуказанный перечень КСГ, отдельные подгруппы (но не все) в составе таких КСГ могут оплачиваться в полном объеме в случае длительности госпитализации/лечения 3 дня и менее. Подгруппы, включаемые в перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации/лечения 3 дня и менее, указываются в соответствующем разделе тарифного соглашения. Аналогично, отдельные подгруппы (но не все) в составе КСГ, включенных в вышеуказанный перечень КСГ, могут не включаться в соответствующий раздел тарифного соглашения.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, за исключением основания, связанного с проведением лекарственной терапии при ЗНО не в полном объеме, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

В случае, если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) была проведена тромболитическая терапия, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – от 80 до 90 процентов от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – от 80 до 100 процентов от стоимости КСГ.

При этом тарифным соглашением размеры оплаты устанавливаются таким образом, что доля оплаты случаев оказания медицинской помощи с длительностью более 3-х дней превышает долю оплаты случаев с длительностью 3 дня и менее.

Приложением 4 к настоящим рекомендациям определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи по КСГ, не входящим в Приложение 4 к настоящим рекомендациям, не могут быть оплачены с применением вышеуказанных диапазонов уменьшения размеров оплаты прерванных случаев (80–90 процентов и 80–100 процентов соответственно).

Если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – от 20 до 50 процентов от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – от 50 до 80 процентов от стоимости КСГ.

Конкретная доля оплаты данных случаев устанавливается в тарифном соглашении субъекта Российской Федерации.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 7 и 9 пункта 4.1 данного раздела рекомендаций, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

В субъекте Российской Федерации могут быть установлены различные доли оплаты прерванных случаев в зависимости только от конкретных КСГ (перечней КСГ) или длительности случая лечения, при условии, что установленные доли не противоречат долям оплаты прерванных случаев, установленным Требованиями.

В части оплаты случаев оказания медицинской помощи по КСГ st36.049 «Госпитализация маломобильных граждан в целях прохождения диспансеризации, первый этап (второй этап при наличии показаний)», Программой установлено, что оплата диспансеризации маломобильных граждан, госпитализированных в медицинскую организацию для проведения первого и второго этапов диспансеризации, проводимой в стационарных условиях, осуществляется при условии обязательного выполнения 100 процентов объема первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, предусмотренной порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, для соответствующего пола и возраста, а также второго этапа (при наличии показаний). В случае невыполнения в полном объеме приемов (осмотров), медицинских исследований и иных медицинских вмешательств в рамках I этапа в соответствии с Порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н (далее – Приказ №404н), указанный случай оказания медицинской помощи в случае его выставления по КСГ st36.049 следует отклонять от оплаты в полном объеме. При этом случай лечения по КСГ st36.049 может быть отнесен к прерванному в случаях, предусмотренных подпунктами 1, 2, 4, 5, 6 настоящего пункта.

4.2. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии

4.2.1. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме

лимфоидной и кроветворной тканей) у пациентов в возрасте 18 лет и старше

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, длительность цикла, количество дней введения, способ введения (в случае указания в схеме), скорость введения (капельно, струйно, в случае указания в схеме), разовую дозу препарата (фиксированная величина или разовая доза в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента).

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в «Группировщиках», являющихся Приложениями 6 и 7 к настоящим рекомендациям, для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1–6 пункта 4.1 данного раздела рекомендаций.

В случае снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» в «Группировщиках» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии) схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 4.1 данного раздела рекомендаций):

- снижение дозы произведено согласно инструкции по применению к химиотерапевтическому препарату или в соответствии с клиническими рекомендациями, в том числе в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;
- возможность смещения интервала между введениями предусмотрена клиническими рекомендациями, либо необходимость смещения возникла в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Для остальных случаев (в том числе случаев проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) классификационным критерием отнесения к КСГ служит схема

sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1 – 6 пункта 4.1 данного раздела рекомендаций.

Также схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 4.1 данного раздела рекомендаций) при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

4.2.2. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D)

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D) (далее – ХВГ) включает в себя: наименование лекарственных препаратов, лекарственную форму, режим дозирования количество дней введения, а также способ введения (в случае указания в схеме).

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 4.1 данного раздела рекомендаций) в случае проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».

4.2.3. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, способ введения, количество дней введения для инъекционных форм или дней приёма для таблетированных форм, разовую дозу препарата, форму выпуска для препаратов, чей способ введения не меняется в

зависимости от формы выпуска, а также слова «поддерживающая терапия» для всех МНН, кроме тех, применение которых не подразумевает выделения этапов инициации и поддерживающей терапии. Для МНН, применение которых не предусматривает этап инициации, как первое введение, так и последующие оплачиваются по КСГ «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 1-20)».

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме, в том числе при длительности лечения 3 дня и менее, если она выполнена в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе), а также при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 4.1 данного раздела рекомендаций.

4.3. Оплата случая лечения по двум и более КСГ

Медицинская помощь, оказываемая пациентам одновременно по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях:

1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую; оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным пунктом 4.1 данного раздела рекомендаций основаниям;
2. Проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;
3. Оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;
4. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара *(например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием*

колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2));

5. Проведение реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

6. Дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности и пребывания в нем в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;
- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;
- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;
- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;
- O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией;

7. Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

8. Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

10. В случае длительности госпитализации при лекарственной терапии пациентов со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей более 30 дней.

11. В случае выявления у маломобильного гражданина в ходе проведения диспансеризации в стационарных условиях по КСГ st36.049 «Госпитализация маломобильных граждан в целях прохождения диспансеризации, первый этап (второй этап при наличии показаний)» заболеваний и (или) состояний, требующих оказания ему специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и оказания медицинской организацией, проводившей диспансеризацию в стационарных условиях, соответствующей медицинской помощи в соответствии с законодательством

Российской Федерации.

4.4. Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту

В случае если у пациента после оказания специализированной медицинской помощи определяются показания к получению медицинской помощи с применением метода лечения, включенного в Перечень видов ВМП (Приложение № 1 к Программе), либо после оказания высокотехнологичной медицинской помощи определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. При этом предоперационный и послеоперационный период включается в законченный случай лечения как для специализированной, так и для высокотехнологичной медицинской помощи, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.

Если пациенту в момент оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «неонатология», «детская хирургия в период новорожденности», «офтальмология», «сердечно-сосудистая хирургия», «педиатрия», «торакальная хирургия» определяются показания к проведению иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции, то данный случай оплачивается по двум (нескольким) тарифам: в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по соответствующему нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и по соответствующей КСГ в рамках специализированной медицинской помощи. Кратность применения КСГ «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции» должна соответствовать количеству введений паливизумаба для проведения иммунизации за весь период госпитализации.

Медицинская помощь в неотложной и экстренной формах, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, при оказании детям специализированной либо высокотехнологичной медицинской помощи и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим

необходимые лицензии, в соответствии с установленными способами оплаты.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ–10, модели пациента, вида и метода лечения аналогичным параметрам, установленным перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи (Приложение № 1 к Программе), содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень ВМП). Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню ВМП, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

4.5. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»

Лечение по профилю медицинская реабилитация в условиях круглосуточного, а также дневного стационаров производится в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ) в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 788н. При оценке 2 балла по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 балла по ШРМ 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 4–5–6 баллов по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода,

с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах, требующих продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем служит оценка степени тяжести заболевания, определяющая сложность и условия проведения медицинской реабилитации. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок может получать медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

Стоимость отдельных КСГ, предусматривающих проведение медицинской реабилитации, определена с учетом установления плановой длительности случая реабилитации. Случай реабилитации по КСГ по медицинской реабилитации, определенным подпунктом 9 пункта 4.1, длительностью менее предусмотренного соответствующим классификационным критерием значения является прерванным и оплачивается в соответствии с пунктом 4.1. настоящих рекомендаций.

Также в целях учета случаев лечения с применением ботулинического токсина предусмотрены иные классификационные критерии, соответствующие оценке по шкале реабилитационной маршрутизации в сочетании с применением ботулинического токсина.

В целях учета случаев медицинской реабилитации с применением роботизированных систем и введением ботулинического токсина предусмотрены иные классификационные критерии, включающие, в том числе оценку по шкале реабилитационной маршрутизации и длительность лечения.

Оплата первого этапа медицинской реабилитации осуществляется с использованием коэффициента сложности лечения пациентов.

Данный коэффициент предусматривает оплату реабилитационных мероприятий при проведении реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5-ти суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реаниматология», и его

укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации).

КСЛП «Проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов» применяется один раз к случаю лечения, в том числе в случае, если оплата случая лечения осуществляется по двум КСГ.

В рамках реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования оплата случаев медицинской реабилитации детей в медицинских организациях, которые в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации детей, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.10.2019 № 878н, отнесены к медицинским организациям четвертой группы (федеральные центры медицинской реабилитации для детей и федеральные медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь детям, имеющие в своей структуре отделение (центр) медицинской реабилитации для детей, осуществляющее медицинскую реабилитацию в стационарных условиях и (или) в условиях дневного стационара), с использованием КСГ st37.027-st37.029 и ds37.017-ds37.019 осуществляется в следующие порядке.

Случай медицинской реабилитации детей, оплачиваемый в указанных медицинских организациях по КСГ st37.027-st37.029 и ds37.017-ds37.019, является:

- законченным при условии длительности случая лечения 18 дней и более;
- прерванным при условии длительности случая лечения от 12 до 17 дней включительно.

Случай медицинской реабилитации детей в вышеуказанных медицинских организациях 4 группы длительностью 11 дней и менее подлежит оплате по иным КСГ по профилю «медицинская реабилитация» за исключением КСГ st37.027-st37.029 и ds37.017-ds37.019.

4.6. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа, в условиях дневного стационара – за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в условиях круглосуточного стационара – за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Тарифным соглашением устанавливаются базовые тарифы на оплату

гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») и перитонеального диализа (код услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ»), рассчитанные в соответствии с Методикой расчета тарифов и включающие в себя расходы, определенные частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ. Для последующего расчета остальных услуг диализа, оказываемых на территории субъекта Российской Федерации, к базовому тарифу применяются рекомендуемые коэффициенты относительной затратоемкости, представленные в Приложении 2 к настоящим рекомендациям.

Применение коэффициента дифференциации (при наличии) к стоимости услуги осуществляется с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи. Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг недопустимо. Учитывая, что единицей планирования медицинской помощи в условиях дневного стационара является случай лечения, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения. В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

При этом в период лечения, как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. В случае, если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств обязательного медицинского страхования), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

В случае если в регионе выполняются услуги диализа при сепсисе, септическом шоке, полиорганной недостаточности, печеночной недостаточности, острых отравлениях, остром некротическом панкреатите, остром рабдомиолизе и других миоглобинурических синдромах, парапротеинемических гемобластозах, жизнеугрожающих обострениях аутоиммунных заболеваний, субъект Российской Федерации вправе устанавливать тарифы на следующие услуги для осуществления дополнительной оплаты услуг к стоимости КСГ:

А18.05.001.001 Плазмообмен;

А18.05.001.003 Плазмодиафильтрация;

А18.05.001.004 Плазмофильтрация каскадная;

А18.05.001.005 Плазмофильтрация селективная;

А18.05.002.004 Гемодиализ с селективной плазмофильтрацией и адсорбцией;

А18.05.003.001 Гемофильтрация крови продленная;

А18.05.006.001 Селективная гемосорбция липополисахаридов;
А18.05.007 Иммуносорбция;
А18.05.020.001 Плазмосорбция сочетанная с гемофильтрацией;
А18.05.021.001 Альбуминовый диализ с регенерацией альбумина.

4.7. Оплата случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология»

В стационарных условиях в стоимость КСГ по профилю «Акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в медицинской организации, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного в медицинской организации в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты по КСГ по профилю «Неонатология».

Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов, в модели КСГ дневного стационара предусмотрены КСГ ds02.008–ds02.011.

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

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет один день, в связи с чем указанные случаи могут быть оказаны как в условиях дневного стационара, так и в амбулаторных условиях (по решению субъекта Российской Федерации).

4.8. Оплата случаев лечения по профилю «Онкология»

При расчете стоимости случаев лекарственной терапии онкологических заболеваний учтены в том числе нагрузочные дозы в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделяются).

Отнесение к КСГ, предусматривающим хирургическое лечение, осуществляется по коду МКБ–10 и коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой.

Формирование КСГ для случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода МКБ–10, кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и для большинства групп – с учетом количества дней проведения лучевой терапии (фракций).

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения

случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

Отнесение к КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией осуществляется по коду МКБ–10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, количеству дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) формируются на основании кода МКБ–10 и схемы лекарственной терапии.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей формируются на основании кода МКБ-10, длительности и дополнительного классификационного критерия, включающего группу лекарственного препарата или МНН лекарственного препарата.

Установление отдельных тарифов на оплату медицинской помощи с использованием пэгаспаргазы и иных лекарственных препаратов, ранее централизованно закупаемых по отдельным решениям Правительства Российской Федерации, рекомендуется осуществлять путем выделения подгрупп в составе соответствующих КСГ, предусмотренных Программой.

При условии достаточности стоимости КСГ, предусмотренных Программой, для возмещения расходов медицинских организаций, связанных с оказанием медицинской помощи с использованием пэгаспаргазы и иных лекарственных препаратов, ранее централизованно закупаемых по отдельным решениям Правительства Российской Федерации, Комиссией может быть принято решение об использовании для оплаты соответствующей медицинской помощи КСГ, предусмотренных Программой, определенных с учетом кода диагноза пациента (по КСГ st08.002 и ds08.002 «Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети»).

В целях повышения эффективности использования средств обязательного медицинского страхования на оказание медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями при назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии с применением лекарственных препаратов, указанных в Приложении 12 к настоящим рекомендациям, для лечения отдельных нозологий, необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований/иммуногистохимических исследований, позволяющих определить маркер (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии).

В целях организации учета объема и стоимости лекарственных препаратов, введенных конкретному пациенту при проведении противоопухолевой лекарственной терапии Федеральным фондом изменена

структура реестра счета, позволяющая учитывать фактические затраты медицинской организации на оказание указанной медицинской помощи в реестрах счетов предусмотрено обязательное отражение информации об объеме лекарственного препарата, введенного пациенту, а также стоимости единицы действующего вещества лекарственного препарата (для лекарственных препаратов, примененных в схемах противоопухолевой лекарственной терапии в рамках оказания специализированной медицинской помощи с кодировкой «sh…» за исключением sh9003).

С 2027 года оплата лечения с проведением противоопухолевой терапии за счет средств обязательного медицинского страхования с использованием лекарственных препаратов по перечню, утвержденному Минздравом России, будет осуществляться с учетом количества фактически использованного лекарственного препарата.

II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ, В ТОМ ЧИСЛЕ НА ОСНОВЕ ПОДУШЕВОГО НОРМАТИВА ФИНАНСИРОВАНИЯ НА ПРИКРЕПИВШИХСЯ ЛИЦ

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара. Оплата первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара осуществляется в соответствии с разделом I настоящих рекомендаций.

1. Основные подходы к оплате первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях

При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются способы оплаты, установленные Программой.

В рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при финансовом обеспечении первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи могут выделяться подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «Акушерство и гинекология» и (или) «Стоматология» для оплаты первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи по соответствующим профилям.

В соответствии с Программой могут быть установлены дополнительные профили медицинской помощи, по которым выделяются подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц. Расчет базовых (средних) и дифференцированных подушевых нормативов финансирования по соответствующим профилям, а также значений всех коэффициентов, применяемых к базовому (среднему) подушевому нормативу финансирования по указанным профилям, рассчитываются аналогично соответствующим параметрам при выделении подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «Акушерство и гинекология» и (или) «Стоматология», и устанавливаются в тарифном соглашении.

При этом оплата иной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с

хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний, дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц), осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, рассчитанному с учетом выделения объемов финансового обеспечения оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилям «акушерство и гинекология» и (или) «стоматология» в отдельные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц.

В подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по профилям «Акушерство и гинекология» и (или) «Стоматология» (и иных профилей медицинской помощи в случае выделения отдельных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц) включаются расходы на медицинскую помощь по соответствующим профилям, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.

Доабортное консультирование беременных женщин, включая консультацию психолога, в целях профилактики прерывания беременности, осуществляемое в соответствии с порядком № 747н, оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования как профилактическое посещение к акушеру-гинекологу.

Медико-психологическое консультирование медицинскими психологами женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования.

Расходы на правовую, психологическую и медико-социальную помощь беременным женщинам не учитываются в стоимости территориальной программы обязательного медицинского страхования и оплачиваются за счет средств родовых сертификатов.

2. Расчет объема финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях

2.1. Расчет объема средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования ($ФО_{СР}^{АМБ}$), устанавливаемый в соответствии с Требованиями, определяется по следующей формуле:

$$ФО_{СР}^{АМБ} = \frac{ОС_{АМБ}}{Ч_З},$$

где:

$ОС_{АМБ}$ объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации (в том числе по профилю «Медицинская реабилитация»), рублей;

$Ч_З$ численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек.

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, по следующей формуле:

$$ОС_{АМБ} = (Но_{ПМО} \times Нфз_{ПМО} + Но_{ДИСП} \times Нфз_{ДИСП} + Но_{РЕПР} \times Нфз_{РЕПР} + \\ + Но_{ИЦ} \times Нфз_{ИЦ} + Но_{НЕОТЛ} \times Нфз_{НЕОТЛ} + Но_{ОЗ} \times Нфз_{ОЗ} + Но_{Д(Л)И} \times \\ \times Нфз_{Д(Л)И} + Но_{ШКОЛ} \times Нфз_{ШКОЛ} + Но_{ДН} \times Нфз_{ДН} + Но_{ДИСТ} \times Нфз_{ДИСТ} +$$

$$\text{Но}_{\text{ЦЗ}} \times \text{Нфз}_{\text{ЦЗ}} + \text{Но}_{\text{МР}} \times \text{Нфз}_{\text{МР}}) \times \text{Ч}_{\text{З}} - \text{ОС}_{\text{МТР}},$$

где:

$\text{Но}_{\text{ПМО}}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;

$\text{Но}_{\text{ДИСП}}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;

$\text{Но}_{\text{РЕПР}}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;

$\text{Но}_{\text{ИЦ}}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

$\text{Но}_{\text{НЕОТЛ}}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

$\text{Но}_{\text{ОЗ}}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, обращений;

$\text{Но}_{\text{Д(Л)И}}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (медицинских услуг), установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, исследований;

$\text{Но}_{\text{ШКОЛ}}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в школах для больных с хроническими заболеваниями, школах для беременных и по вопросам грудного вскармливания, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;

$\text{Но}_{\text{ДН}}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в

амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;

$Но_{дист}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях при дистанционном наблюдении за состоянием здоровья пациентов, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;

$Но_{цз}$ средний норматив объема посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия) в амбулаторных условиях, включая диспансерное наблюдение, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;

$Но_{мр}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;

$Нфз_{пмо}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

$Нфз_{дисп}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

$Нфз_{репр}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

$Нфз_{иц}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

$Нфз_{неотл}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

$Нфз_{ОЗ}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

$Нфз_{Д(Л)И}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (медицинских услуг), установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

$Нфз_{ШКОЛ}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в школах для больных с хроническими заболеваниями, школах для беременных и по вопросам грудного вскармливания, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

$Нфз_{ДН}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

$Нфз_{ДИСТ}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях при дистанционном наблюдении за состоянием здоровья пациентов, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

$Нфз_{ЦЗ}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия) в амбулаторных условиях, включая диспансерное наблюдение, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

$Нфз_{МР}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

$ОС_{МТР}$ объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей.

2.2. Расчет базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц

В соответствии с Требованиями в тарифном соглашении устанавливаются:

- базовый (средний) подушевой норматив финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования;
- перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (в тарифных соглашениях субъект Российской Федерации формирует отдельное приложение с указанием всех расходов, в том числе в разрезе врачей-специалистов, входящих в подушевое финансирование при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях);
- перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования (в тарифных соглашениях субъект Российской Федерации формирует отдельное приложение с указанием всех расходов, исключаемых из подушевого норматива финансирования).

Значение базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц определяется по следующей формуле:

$$ПН_{БАЗ} = \left(\frac{ОС_{ПНФ} - ОС_{РД}}{Ч_З \times СКД_{ОТ} \times СКД_{ПВ} \times КД}\right),$$

где:

$ПН_{БАЗ}$	базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей;
$ОС_{ПНФ}$	объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей;
$ОС_{РД}$	объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке, рублей;
$СКД_{ОТ}$	значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала;
$СКД_{ПВ}$	значение среднего взвешенного с учетом численности

прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава;

КД	единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462;
$Ч_З$	численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации (по решению субъекта Российской Федерации при расчете может использоваться численность населения, прикрепленного к медицинским организациям, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц), человек.

Параметр $СКД_{от}$ используется в целях сохранения сбалансированности территориальных программ обязательного медицинского страхования и рассчитывается по следующей формуле:

$$СКД_{от} = \frac{\sum\left(КД_{от}^{i} \times Ч_{з}^{i}\right)}{\sum\left(Ч_{з}^{i}\right)},$$

где:

$КД_{от}^{i}$	значение коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, установленного тарифным соглашением для i-той медицинской организации в соответствии с пунктом 2.5 настоящего раздела рекомендаций;
$Ч_{з}^{i}$	численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек.

По аналогичной формуле рассчитывается значение $СКД_{пв}$.

В базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются расходы на финансовое обеспечение медицинской помощи при социально значимых заболеваниях (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения) в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации.

Комиссией вне зависимости от применяемого способа оплаты устанавливаются единые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, применяемые при межучрежденческих (могут

осуществляться медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями в соответствии с заключенным тарифным соглашением) и межтерриториальных (осуществляются территориальным фондом обязательного медицинского страхования) расчетах, в соответствии с Требованиями.

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

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации ($ОС_{ПНФ}$), рассчитывается без учета средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, и средств на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), определяется по следующей формуле:

$$ОС_{ПНФ} = ОС_{АМБ} - ОС_{ФАП} - ОС_{Д(Л)И} - ОС_{ШКОЛ} - ОС_{НЕОТЛ} - ОС_{ЕО} - ОС_{ПО} - ОС_{ДИСП} - ОС_{РЕПР} - ОС_{ДН} - ОС_{ЦЗ} - ОС_{2\,эт} - ОС_{ДИСТ} - ОС_{ТЕЛЕМЕД},$$

где:

$ОС_{ФАП}$ объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) в соответствии с установленными Территориальной программой государственных гарантий размерами финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) (при необходимости – за исключением медицинской помощи в неотложной форме), рублей;

$ОС_{Д(Л)И}$ объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (медицинских услуг), в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

$ОС_{ШКОЛ}$ объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи при ее оказании в школах для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школах для беременных и по вопросам грудного

вскармливания, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

$ОС_{НЕОТЛ}$ объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей (используется в случае принятия Комиссией решения о финансировании медицинской помощи в неотложной форме вне подушевого норматива);

$ОС_{ЕО}$ объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам (в том числе комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация»), рублей;

$ОС_{ПО}$ объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

$ОС_{ДИСП}$ объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (в том числе углубленной диспансеризации), в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

$ОС_{РЕПР}$ объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

$ОС_{ДН}$ объем средств, направляемых на оплату проведения диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

$ОС_{ЦЗ}$ объем средств, направляемых на оплату посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины

здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

$ОС_{2\ эт}$ объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, предоставляемой в рамках второго этапа всех видов диспансеризации, рублей;

$ОС_{ДИСТ}$ объем средств, направляемых на оплату дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

$ОС_{ТЕЛЕМЕД}$ объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей.

В случае установления в субъекте Российской Федерации отдельных подушевых нормативов финансирования на оплату медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» или «Стоматология», а также по дополнительным профилям медицинской помощи, объем средств на оплату медицинской помощи по указанным профилям, распределяемый путем установления соответствующих подушевых нормативов, исключается при расчете $ОС_{ПНФ}$, а соответствующие подушевые нормативы рассчитываются по аналогии с методикой, установленной настоящим разделом рекомендаций.

В случае, если отдельная медицинская помощь в субъекте Российской Федерации включается в подушевой норматив финансирования (за исключением медицинской помощи, оплата которой в соответствии с Программой и Методическими рекомендациями осуществляется за единицу объема медицинской помощи вне подушевого финансирования), но при условии невозможности проведения в конкретной медицинской организации, к которой прикреплено застрахованное лицо, данной медицинской помощи (исследований или консультаций специалистов, учтенных в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц), оплата такой медицинской помощи, оказанной в других медицинских организациях

осуществляется из средств подушевого норматива финансирования медицинской организации, к которой прикреплено застрахованное лицо, в порядке, используемом в субъекте Российской Федерации (в соответствии с Разделом V Методических рекомендаций).

Объем средств, направляемый на финансовое обеспечение медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами, используемый при расчете параметра «$ОС_{ПНФ}$» в соответствии с вышеуказанной формулой, не включает в себя средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи.

Объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи в неотложной форме, рассчитывается по следующей формуле:

$$ОС_{НЕОТЛ} = Но_{НЕОТЛ} \times Нфз_{НЕОТЛ} \times Ч_{З}.$$

Средства на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплата которой согласно разделу IV Программы осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай), а также средства на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) в обязательном порядке исключаются при расчете объема средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования.

Учитывая, что в соответствии с Программой оплата проведения медицинской реабилитации в амбулаторных условиях осуществляется в том числе за счет межбюджетных трансфертов из федерального бюджета, предоставляемых бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в целях более эффективного использования указанных средств оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «Медицинская реабилитация» осуществляется вне подушевого норматива финансирования – за соответствующую единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

В субъекте Российской Федерации в подушевой норматив финансирования могут не включаться отдельные виды расходов (на медицинскую помощь по профилю «Стоматология» или «Акушерство и гинекология», услуги диализа, проведение отдельных видов диагностических исследований, хирургических вмешательств в амбулаторных условиях, медицинскую помощь в неотложной форме, и т.д.), которые подлежат оплате за соответствующую единицу объема медицинской помощи.

Перечень медицинской помощи, оплачиваемой вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц за единицу объема медицинской помощи, в обязательном порядке отражается в Тарифном соглашении.

В целях недопущения снижения доступности медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования при установлении способа оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (в том числе по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи) в рамках реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования Донецкой Народной и Луганской Народной Республик, Запорожской и Херсонской областей могут учитываться в том числе расходы, финансовое обеспечение которых в соответствии с Программой осуществляется за единицу объема медицинской помощи (например, профилактические медицинские осмотры, диспансеризация).

При этом учет всей медицинской помощи, в том числе включенной в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, осуществляется в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными Программой.

2.3. Правила применения коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования

Подушевые нормативы финансирования для каждой медицинской организации должны определяться дифференцированно с учетом предусмотренных пунктом 5.1. Требований коэффициентов.

С учетом объективных, экономически обоснованных критериев и расчетов, выполненных в соответствии с Методикой расчета тарифов, коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования могут определяться дифференцированно, в том числе в зависимости от уровня (подуровня) медицинской организации с установлением коэффициентов по каждому подуровню. В соответствии с Требованиями при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц применяются следующие коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования:

1) коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала (далее – $КД_{от}$); (рассчитываются в соответствии с пунктом 2.5 настоящего раздела рекомендаций);

2) коэффициенты половозрастного состава (далее – $КД_{пв}$); (рассчитываются в соответствии с пунктом 2.4 настоящего раздела рекомендаций);

3) коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (далее – $КД_{ур}$) (при необходимости);

4) коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации (далее – $КД_{зп}$) (при необходимости);

5) коэффициенты дифференциации (в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации - значение коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи устанавливается для каждой медицинской организации).

При расчете $КД_{ур}$ могут учитываться плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения, а также расходы, связанные с содержанием медицинской организации, в том числе в зависимости от размера и площади медицинской организации.

В случае принятия Комиссией решения о неприменении $КД_{ур}$ и $КД_{зп}$, в тарифном соглашении указывается, что $КД_{ур}$ и $КД_{зп}$ для всех медицинских организаций, использующих соответствующий способ оплаты, принимается равным 1.

В случае использования в субъекте Российской Федерации при расчете дифференцированного подушевого норматива $КД_{ур}$ медицинские организации объединяются в группы, а при расчете дифференцированного подушевого норматива используются значения $КД_{ур}$ для соответствующей группы медицинских организаций. Значения $КД_{ур}$ для групп медицинских организаций рекомендуется рассчитывать с учетом численности прикрепленного населения медицинской организацией.

В целях недопущения необоснованного снижения объема подушевого финансирования медицинских организаций при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования $КД_{ур}$ и $КД_{зп}$ устанавливаются в размере не менее 1 для следующих медицинских организаций:

- федеральные медицинские организации (за исключением образовательных организаций высшего образования);
- негосударственные медицинские организации, являющиеся единственными медицинскими организациями в конкретном населенном пункте;
- центральные районные, районные (в том числе межрайонные) и

участковые больницы, обслуживающие взрослое население;

- медицинские организации, обслуживающие только детское население.

В соответствии с Программой подушевой норматив финансирования для федеральных медицинских организаций (за исключением образовательных организаций высшего образования) и негосударственных медицинских организаций, являющихся единственными медицинскими организациями в конкретном населенном пункте, не может быть ниже подушевого норматива финансирования для медицинских организаций соответствующего субъекта Российской Федерации, расположенных в крупных городах.

В целях единообразного подхода к установлению размеров подушевого норматива финансирования федеральных медицинских организаций (за исключением образовательных организаций высшего образования) и негосударственных медицинских организаций, являющихся единственными медицинскими организациями в конкретном населенном пункте, и недопущения снижения доступности медицинской помощи в указанных медицинских организациях значение подушевого норматива финансирования для медицинских организаций соответствующего субъекта Российской Федерации, расположенных в крупных городах ($\text{ПН}_{\text{круп}}$) определяется по следующей формуле:

$$\text{ПН}_{\text{круп}} = \frac{\sum \text{ДП}_{\text{Н}}^{i} \times \text{Ч}_{\text{З}}^{i}}{\sum \text{Ч}_{\text{З}}^{i}} \div \text{КД}^{i}, \text{где:}$$

$\text{ДП}_{\text{Н}}^{i}$ дифференцированный подушевой норматив для i-той медицинской организации, подведомственной исполнительному органу субъекта Российской Федерации и расположенной в городе федерального значения, административном центре (столице) субъекта Российской Федерации, рублей;

$\text{Ч}_{\text{З}}^{i}$ численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, подведомственной исполнительному органу субъекта Российской Федерации и расположенной в городе федерального значения, административном центре (столице) субъекта Российской Федерации, человек;

$\sum \text{Ч}_{\text{З}}^{i}$ общая численность застрахованных лиц, прикрепленных ко всем медицинским организациям, подведомственным исполнительному органу субъекта Российской Федерации и расположенным в городе федерального значения, административном центре (столице) субъекта Российской Федерации, человек;

КД^{i} коэффициент дифференциации, используемый при оплате медицинской помощи, оказанной в городе федерального значения, административном центре (столице) субъекта Российской Федерации.

В случае, если значение дифференцированного подушевого норматива финансирования федеральных медицинских организаций (за исключением образовательных организаций высшего образования) и негосударственных медицинских организаций, являющихся единственными медицинскими организациями в конкретном населенном пункте, рассчитываемое в соответствии с пунктом 2.6 настоящего раздела рекомендаций, складывается ниже параметра $ПН_{круп}$, умноженного на коэффициент дифференциации для конкретной федеральной медицинской организации (за исключением образовательных организаций высшего образования) и негосударственной медицинской организации, являющейся единственной медицинской организацией в конкретном населенном пункте, в целях недопущения нарушения Программы необходимо установить для соответствующей медицинской организации увеличенное значение $КД_{зп}$, $КД_{ур}$.

При этом снижение общего объема средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования (по всем медицинским организациям, участвующим в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в совокупности) по сравнению с уровнем предыдущего года (в том числе за счет исключения отдельной медицинской помощи из подушевого финансирования с последующей оплатой за единицу объема медицинской помощи) недопустимо.

2.4. Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации и коэффициентов половозрастного состава

С целью учета различий в потреблении медицинской помощи в субъекте Российской Федерации при расчете дифференцированного подушевого норматива финансирования учитываются половозрастные коэффициенты дифференциации. Половозрастные коэффициенты дифференциации рассчитываются на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, но не реже одного раза в год, и о численности застрахованных лиц за данный период, и устанавливаются в тарифном соглашении.

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива выполняется следующий алгоритм:

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации распределяется на следующие половозрастные группы:

1) до года мужчины/женщины;
2) год – четыре года мужчины/женщины;
3) пять – семнадцать лет мужчины/женщины;
4) восемнадцать – шестьдесят четыре года мужчины/женщины;

5) шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

При этом субъект Российской Федерации вправе дифференцировать данные половозрастные группы или использовать при расчете половозрастных коэффициентов дифференциации и коэффициентов половозрастного состава сведения о численности населения, прикрепленного к медицинским организациям, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

Все лица, застрахованные в субъекте Российской Федерации в расчетном периоде, распределяются на половозрастные группы. К расчету коэффициентов дифференциации принимается численность застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации, определяемая на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц.

Определяются затраты на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, на основании реестров счетов (с учетом видов и условий оказания медицинской помощи) за расчетный период в разрезе половозрастной структуры застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации.

Определяется размер затрат на одно застрахованное лицо (Р) в субъекте Российской Федерации (без учета возраста и пола) по формуле:

$$\text{Р} = \text{З} / \text{М} / \text{Ч},$$

где:

З — затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам за расчетный период;

М — количество месяцев в расчетном периоде;

Ч — численность застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации.

Определяются размеры затрат на одно застрахованное лицо, попадающее в j-тый половозрастной интервал (Pj), по формуле:

$$\text{Р}_j = \text{З}_j / \text{М} / \text{Ч}_j,$$

где:

Зj — затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам, попадающим в j-тый половозрастной интервал за расчетный период;

Чj численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации, попадающего в j-тый половозрастной интервал.

Рассчитываются половозрастные коэффициенты дифференциации КДj для каждой половозрастной группы по формуле:

$$КД_j = Р_j/Р.$$

При этом для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше устанавливается значение половозрастного коэффициента в размере не менее 1,6 (в случае, если расчетное значение коэффициента потребления медицинской помощи по группам мужчин и женщин 65 лет и старше составляет менее 1,6, значение коэффициента принимается равным 1,6) (указанное правило не применяется при определении половозрастных коэффициентов при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования по профилю «Акушерство и гинекология»).

В случае, если медицинская организация имеет структуру прикрепленного к ней населения равную структуре населения в целом по субъекту Российской Федерации, она имеет значение коэффициента половозрастного состава, равное 1.

В случае, если структура прикрепленного к медицинской организации населения отличается от структуры населения в целом по субъекту Российской Федерации, то значения коэффициентов половозрастного состава для медицинских организаций рассчитываются по следующей формуле:

$$КД^i_{ПВ} = \sum_j (КД^j_{П/В} \times Ч^j_З)/Ч^i_З,$$

где:

$КД^i_{ПВ}$ коэффициент половозрастного состава, определенный для i-той медицинской организаций;

$КД^j_{П/В}$ половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для j-той половозрастной группы (подгруппы);

$Ч^j_З$ численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, в j-той половозрастной группе (подгруппе), человек;

$Ч^i_З$ численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек.

Таким образом, увеличение доли прикрепленного к медицинской

организации населения по половозрастным группам, коэффициенты дифференциации по которым выше 1, в том числе по группам мужчин и женщин 65 лет и старше, при прочих равных будет вести к повышению значения коэффициента половозрастного состава для медицинской организации.

При расчете коэффициентов половозрастного состава при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской организацией медицинской помощи используется аналогичный подход.

2.5. Расчет значений $КД_{от}$

$КД_{от}$ применяется в отношении медицинских организаций (юридических лиц) с учетом наличия у них подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (в том числе в отношении участковых больниц и врачебных амбулаторий, являющихся как отдельными юридическими лицами, так и их подразделениями).

При этом критерии отдаленности устанавливаются Комиссией.

К подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц такой медицинской организации, с учетом расходов на ее содержание и оплату труда персонала, исходя из расположения и отдаленности обслуживаемых территорий применяются следующие коэффициенты дифференциации в размере:

для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек, – не менее 1,113;

для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, – не менее 1,04.

При этом допустимо установление дифференцированных значений коэффициентов для разных медицинских организаций или их подразделений в зависимости от комплектности участков, радиуса обслуживания, плотности расселения обслуживаемого населения, транспортной доступности, иных климатических и географических особенностей территории обслуживания населения и др.В случае если только отдельные подразделения медицинской организации, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации $КД_{ОТ}$, объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

$$КД_{ОТ}^{i} = \left(1 - \sum Д_{ОТj}\right) + \sum(КД_{ОТj} \times Д_{ОТj}),$$

где:

$КД^{i}_{ОТ}$ коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i-той медицинской организаций (при наличии);

$Д_{ОТj}$ доля населения, обслуживаемая j-ым подразделением, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (значение от 0 до 1);

$КД_{ОТj}$ коэффициент дифференциации, применяемый к j-ому подразделению, расположенному в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на содержание и оплату труда персонала.

2.6. Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансирования

При оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях следует устанавливать сопоставимые дифференцированные подушевые нормативы финансирования, позволяющие обеспечивать принцип равных прав застрахованных граждан в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации ($ДП^{i}_{Н}$), рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по следующей формуле:

$$ДП^{i}_{Н} = ПН_{БАЗ} \times КД^{i}_{пв} \times КД^{i}_{ур} \times КД^{i}_{зп} \times КД^{i}_{от} \times КД^{i},$$

где:

$ДП^{i}_{Н}$ дифференцированный подушевой норматив для i-той медицинской организации, рублей;

$КД^{i}_{пв}$ коэффициент половозрастного состава, для i-той медицинской организации;

$КД^{i}_{ур}$ коэффициент уровня расходов медицинских организаций, для i-той медицинской организации (при необходимости);

$КД^{i}_{зп}$ коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i-той медицинской организации (при необходимости);

$КД^{i}_{ОТ}$ коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, для i-той медицинской организации;

$КД^{i}$ коэффициент дифференциации для i-той медицинской организации.

В тарифном соглашении в отдельном приложении указываются значения всех коэффициентов, используемых при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования, значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования, а также численность прикрепленных лиц в разрезе медицинских организаций с указанием даты (периода) по состоянию на который представлена численность (например, среднемесячная численность прикрепленных к медицинской организации лиц за декабрь 2025 года).

2.7. Расчет объема финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов)

Размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) (обслуживающих от 101 до 2000 жителей) при условии их соответствия требованиям, установленным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – Приказ № 202н), устанавливается Программой.

Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации устанавливаются в субъектах Российской Федерации путем применения коэффициентов дифференциации, рассчитанных в соответствии с Постановлением № 462, к размерам финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов

(фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов).

При этом размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) должен обеспечивать сохранение достигнутого соотношения между уровнем оплаты труда отдельных категорий медицинских работников, определенных Указом № 597, и уровнем среднемесячного дохода от трудовой деятельности в соответствующем субъекте Российской Федерации.

Кроме указанных типов фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) при необходимости субъектом Российской Федерации самостоятельно устанавливаются базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) иных типов (обслуживающих менее 101 и более 2000 жителей, а также указанных пунктов, не соответствующих требованиям, установленным Приказом № 202н) исходя из установленных Разделом VI Программы нормативов, с применением понижающих и повышающих поправочных коэффициентов к размеру финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), обслуживающего от 101 до 800 жителей и от 1501 до 2000 жителей соответственно.

В случае обслуживания фельдшерско-акушерскими пунктами (фельдшерскими пунктами, фельдшерскими здравпунктами) женщин репродуктивного возраста (женщин в возрасте от 18 до 49 лет включительно), но при отсутствии в пунктах акушеров, отдельные полномочия по работе с такими женщинами могут быть возложены на фельдшера или медицинскую сестру (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем).

Таким образом, при расчете размера финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), в том числе пунктов, рекомендуемые штатные нормативы которых не предусматривают должность «Акушерка» (например, для фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), обслуживающих от 101 до 800 жителей), размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитанного с учетом доли таких женщин в численности прикрепленного населения.

Прогнозная длительность одной консультации, связанной с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного

вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем, составляет 10 минут. Предполагаемое количество консультаций в год на одну женщину репродуктивного возраста составляет 1-2 консультации.

Данный повышающий коэффициент (в разрезе фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов)) учитывается в составе коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающего критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом № 202н.

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) в i-той медицинской организации, рассчитывается следующим образом:

$$\text{ОС}_{\text{ФАП}}^{i} = \sum_{n}(\text{Ч}_{\text{ФАП}}^{n} \times \text{БНФ}_{\text{ФАП}}^{n} \times \text{КС}_{\text{БНФ}}^{n}),$$

где:

$\text{ОС}_{\text{ФАП}}^{i}$ объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) в i-той медицинской организации;

$\text{Ч}_{\text{ФАП}}^{n}$ число фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) n-типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению);

$\text{БНФ}_{\text{ФАП}}^{n}$ базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) n-го типа;

$\text{КС}_{\text{БНФ}}^{n}$ коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом № 202н (в том числе с учетом расчетного объема средств на оплату консультаций, связанных с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем).

В случае, если у фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) в течение года меняется численность

обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом № 202н или коэффициент специфики, годовой размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов)за предыдущие периоды с начала года, и рассчитывается следующим образом:

$$\text{ОС}^{j}_{\text{ФАП}} = \text{ОС}^{j}_{\text{ФАП}_{\text{НГ}}} + \left(\frac{\text{БНФ}^{j}_{\text{ФАП}} \times \text{КС}^{j}_{\text{БНФ}}}{12} \times n_{\text{МЕС}}\right),$$

где:

$\text{ОС}^{j}_{\text{ФАП}}$	фактический размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского пункта, фельдшерского здравпункта);
$\text{ОС}^{j}_{\text{ФАП}_{\text{НГ}}}$	объем средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского пункта, фельдшерского здравпункта) с начала года;
$n_{\text{МЕС}}$	количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

Субъекты Российской Федерации, объем субвенции для которых рассчитан с учетом коэффициента доступности медицинской помощи, предусмотренного Постановлением № 462, вправе рассчитывать объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) с учетом коэффициента доступности медицинской помощи.

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов).

В аналогичном порядке определяется размер финансового обеспечения для врачебных амбулаторий и (или) участковых больниц в случае установления средних размеров финансового обеспечения врачебных амбулаторий и (или) участковых больниц в составе Территориальной программы государственных гарантий. В случае принятия в субъекте Российской Федерации решения о финансовом обеспечении амбулаторий и (или) участковых больниц на основе определенных Территориальной программой государственных гарантий средних размеров финансового обеспечения врачебных амбулаторий и (или) участковых больниц в адрес Федерального фонда обязательного медицинского страхования одновременно с тарифным соглашением (дополнительным соглашением к тарифному

соглашению) направляется финансово-экономическое обоснование соответствующих размеров финансового обеспечения врачебных амбулаторий и (или) участковых больниц, включающее в себя в том числе сведения о штатной численности амбулаторий и (или) участковых больниц.

2.8. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, а также случаев диспансерного наблюдения

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами № 404н от 14.04.2025 № 211н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, учетной формы № 030-ПО/у «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего», порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения № 030-ПО/о «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних», порядка ее заполнения», от 14.04.2025 № 212н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, учетной формы № 030/у-Д/с, порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения № 030/о-Д/с, порядка ее заполнения», от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (далее – Приказ №168н), от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями» (далее – Приказ №548н).

Медицинская помощь, оказанная в рамках профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, а также диспансерного наблюдения, оплачивается вне подушевого финансирования за единицу объема:

I этап диспансеризации – комплексное посещение;

II этап диспансеризации – обращение по заболеванию;

Профилактические осмотры и диспансерное наблюдение – комплексное посещение.

При этом стоимость единицы объема формируется как сумма тарифов фактически оказанных медицинских услуг. В тарифном соглашении субъекта Российской Федерации должны быть установлены тарифы на все медицинские услуги, подлежащие к проведению в рамках вышеуказанных профилактических мероприятий в соответствии с порядками проведения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации и диспансерного

наблюдения.

Перечень исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, утвержден Приложением № 6 к Программе.

В тарифных соглашениях субъектов Российской Федерации необходимо устанавливать отдельные тарифы (в том числе для межучрежденческих расчетов) на оплату следующих медицинских услуг с применением систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке), которые учтены при установлении средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования:

маммография;

рентгенография или флюорография грудной клетки;

компьютерная томография органов грудной клетки;

электрокардиография;

колоноскопия.

В случае оказания соответствующей медицинской помощи в субъекте Российской Федерации с использованием систем поддержки принятия врачебных решений, установленный тариф на оплату маммографии с учетом расходов, связанных с использованием систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке) должен быть ниже размера тарифа на оплату маммографии обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм. Аналогично, тарифы на оплату иных вышеуказанных медицинских услуг с применением систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке) должны быть ниже тарифов на соответствующие медицинские услуги без применения систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке).

При этом тарифным соглашением устанавливаются тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, рассчитанные в соответствии с Методикой расчета тарифов, применяемые при межучрежденческих расчетах, в том числе дифференцированные в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни и использования для проведения профилактических осмотров и диспансеризации мобильных медицинских бригад.

В тарифном соглашении устанавливаются тарифы на указанные в Приложении № 5 к Программе медицинские услуги в соответствии

с нормативом финансовых затрат, установленным Территориальной программой государственных гарантий.

2.9. Подходы к оплате медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)

При оплате медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи размер финансового обеспечения медицинской организации складывается исходя из фактически оказанных объемов медицинской помощи и определяется по следующей формуле:

$$ФО_{ФАКТ} = \sum (О_{МП} \times Т),$$

где:

$ФО_{ФАКТ}$ фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;

$О_{МП}$ фактические объемы первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи;

Т тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, рублей.

При этом тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, является единым для всех медицинских организаций субъекта Российской Федерации, отнесенных к одному уровню (подуровню). Кроме того, тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях за единицу объема могут отличаться в зависимости от коэффициента дифференциации для отдельных территорий субъекта Российской Федерации, на которой расположена медицинская организация.

Финансовое обеспечение расходов медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, а также видов расходов, не включенных в подушевой норматив, осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

Субъекты Российской Федерации устанавливают тарифы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (медицинских услуг) с учетом применения различных видов и методов исследований систем, органов и тканей человека, обусловленных заболеваемостью населения.

Тарифы на оплату медицинских услуг, связанных с проведением ПЭТ/КТ,

рассчитываются в соответствии с Методикой расчета тарифов в составе Правил ОМС на основе нормативов финансовых затрат, установленных Программой, с применением коэффициента дифференциации к доле заработной платы и прочих расходов в составе тарифа в размере 21,44%.

В случае объективных причин по снижению расходов, в том числе связанных с наличием циклотрона для синтеза радиофармацевтических лекарственных средств, допускается установление тарифа ниже норматива финансовых затрат.

При этом установление тарифа выше норматива финансовых затрат недопустимо.

2.9.1. Оплата медицинской помощи, оказанной мобильными медицинскими бригадами

Для медицинских организаций, имеющих в структуре мобильные медицинские бригады, устанавливаются повышающие коэффициенты в размере 1,05–1,2 к тарифам на посещения, обращения, медицинские услуги при оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами или устанавливаются отдельные тарифы на медицинские услуги, оказанные мобильными медицинскими бригадами.

В целях обеспечения доступности медицинской помощи гражданам, проживающим в том числе в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, а также в сельской местности, в субъектах Российской Федерации, объем субвенции для которых рассчитан с учетом коэффициента доступности медицинской помощи, предусмотренного Постановлением № 462, и в составе нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи территориальных программ государственных гарантий которых запланированы объемы медицинской помощи с учетом использования передвижных форм оказания медицинской помощи, значение повышающих коэффициентов для оплаты медицинской помощи, оказанной с использованием мобильных медицинских бригад может обоснованно превышать значение 1,2.

2.9.2. Оплата медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»

Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, исходя из установленных Территориальной программой государственных гарантий

в соответствии с Программой территориальных нормативов объема и финансовых затрат на единицу объема для медицинской реабилитации.

При этом комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем 10–12 посещений.

Рекомендуется осуществлять оплату медицинской реабилитации в амбулаторных условиях дифференцированно, в том числе в зависимости от оценки состояния пациента по ШРМ (1–3 балла) и заболевания (профиля заболевания), по поводу которого проводится медицинская реабилитация.

Например, медицинская реабилитация пациентам:

- при заболеваниях центральной нервной системы по баллам ШРМ;
- при кардиологических заболеваниях по баллам ШРМ;
- при заболеваниях опорно-двигательного аппарата по баллам ШРМ;
- после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19) по баллам ШРМ;
- при других соматических заболеваниях по баллам ШРМ.

Плановый объем случаев медицинской реабилитации в амбулаторных условиях и размер соответствующих тарифов целесообразно определять в разрезе определенных выше параметров с учетом в том числе нормативов финансовых затрат на соответствующую единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение по профилю «Медицинская реабилитация»), установленных Территориальной программой государственных гарантий.

Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях. Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации. При этом, по решению лечащего врача консультация отдельных специалистов в рамках комплексного посещения может осуществляться в том числе с использованием телемедицинских технологий (1-2 посещения).

При проведении в субъекте Российской Федерации медицинской реабилитации на дому устанавливаются отдельные тарифы с учетом расходов на проведение консультаций с применением телемедицинских технологий. Особенности оплаты медицинской реабилитации на дому с применением телемедицинских технологий осуществляются в соответствии с пунктом 2.12 настоящих рекомендаций.

Объем средств, полученных i-той медицинской организацией за оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», определяется по формуле:

$$\text{ОС}_{\text{МР}i}^{\text{АМБ}} = \sum(\text{О}_{\text{МР}} \times \text{Т}_{\text{МР}}),$$

где:

$ОС_{МРi}^{АМБ}$ объем средств, полученных i-той медицинской организацией за оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях;

$О_{МР}$ объем комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация» с учетом в том числе заболевания (профиля заболевания) и состояния пациента;

$Т_{МР}$ тариф на оплату комплексного посещения по профилю «Медицинская реабилитация» для соответствующего заболевания (профиля заболевания) и состояния пациента.

2.9.3. Оплата медицинской помощи в школах для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школах для беременных и по вопросам грудного вскармливания

Медицинская помощь в части ведения школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания оплачивается вне подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях за комплексное посещение, включающее до 20 часов занятий в рамках школ, в том числе тестирование и проверку дневников самоконтроля.

Примерный перечень школ и рекомендуемый курс обучения, входящий в комплексное посещение, разработанный ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины», Министерства здравоохранения Российской Федерации и утвержденный на заседании Ученого Совета протоколом № 7 от 16.09.2025 г., представлен в Таблице 3.

Таблица 3.

№ п/п	Школа\Группа пациентов (в среднем 20 пациентов)	МКБ-10 /прочие критерии	Комплексное посещение (курс обучения)	Предельная стоимость, руб. (без учета Кдиф)
1	**Школа для больных с артериальной гипертензией** (пациенты с установленным диагнозом АГ, в том числе впервые в жизни установленным диагнозом, находящиеся под ДН)	I10-I15	5 занятий продолжительностью по 60 минут, а также закрепление практических навыков (тестирование)	1 281,75

№ п/п	Школа\Группа пациентов (в среднем 20 пациентов)	МКБ-10 /прочие критерии	Комплексное посещение (курс обучения)	Предельная стоимость, руб. (без учета Кдиф)
2	**Школа для пациентов с ишемической болезнью сердца** (пациенты с установленным диагнозом ИБС, в том числе впервые в жизни установленным диагнозом, находящиеся под ДН)	I20-I25	4 занятия продолжительностью по 60 минут, а также оценка знаний (тестирование)	820,32
3	**Школа для больных с сердечной недостаточностью** (пациенты с установленным диагнозом ХСН, в том числе впервые в жизни установленным диагнозом, находящиеся под ДН)	I50	5 занятий продолжительностью по 60 минут, а также закрепление практических навыков (тестирование)	1 281,75
4	**Школа для пациентов с хронической болезнью почек** (пациенты с установленным диагнозом ХБП, в том числе впервые в жизни установленным диагнозом ХБП, находящиеся под ДН)	N18.1, N18.9	4 занятия продолжительностью по 60 минут, а также оценка знаний (тестирование), заполнение дневника пациента	820,32
5	**Школа для пациентов с хронической обструктивной болезнью легких** (пациенты с установленным диагнозом ХОБЛ, в том числе впервые в жизни установленным диагнозом, находящиеся под ДН)	J44.0, J44.8, J44.9	5 занятий продолжительностью по 60 минут, а также закрепление практических навыков (тестирование)	1 281,75
6	**Школа для больных с бронхиальной астмой** (пациенты с установленным диагнозом БА, в том числе впервые в жизни установленным диагнозом БА, находящиеся под ДН)	J45.0, J45.1, J45.8, J45.9	5 занятий продолжительностью по 60 минут, а также закрепление практических навыков (тестирование), заполнение дневника пациента	1 281,75
7	**Школа для пациентов с хроническим гастритом и язвенной болезнью** (пациенты с ХГ и ЯБ, в том числе впервые в жизни установленным диагнозом, находящиеся под ДН)	K29.4, K29.5, K25, K26	4 занятия продолжительностью по 60 минут, а также оценка знаний (тестирование)	820,32

№ п/п	Школа\Группа пациентов (в среднем 20 пациентов)	МКБ-10 /прочие критерии	Комплексное посещение (курс обучения)	Предельная стоимость, руб. (без учета Кдиф)
8	**Школа для пациентов с установленным диагнозом фибрилляция предсердий** (пациенты с установленным диагнозом ФП, в том числе впервые в жизни установленным диагнозом, находящиеся, под ДН)	I48.0-I48.9	4 занятия продолжительностью по 60 минут, а также оценка знаний (тестирование), заполнение дневника пациента	820,32
9	**Школа активного долголетия** (пациенты в возрасте 65 лет и старше)	направляются медицинским специалистом (врач-терапевт участковый, врач-терапевт цехового врачебного участка, врач общей практики (семейный врач), фельдшер, медицинская сестра)	4 занятия продолжительностью по 45-60 минут	820,32
10	**Школа для пациентов по здоровому образу жизни** (пациенты по результатам ПМО и ДД)	выявлен хотя бы один из поведенческих факторов риска (курение табака, нерациональное питание, низкая физическая активность, риск пагубного потребления алкоголя, риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача)	4 занятия продолжительностью по 45-60 минут	820,32
11	**Школа для пациентов с избыточной массой тела и ожирением** (пациенты по результатам ПМО и ДД)	выявлен фактор риска - ожирение с ИМТ 30,0-34,9 кг/м^2 или избыточная масса тела с ИМТ 25,0-29,9 кг/м^2	4 занятия продолжительностью по 45-60 минут	820,32
12	**Школа для пациентов с сахарным диабетом**	E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9	5 занятий продолжительностью 4 часа, а	1 642,96

№ п/п	Школа\Группа пациентов (в среднем 20 пациентов)	МКБ-10 /прочие критерии	Комплексное посещение (курс обучения)	Предельная стоимость, руб. (без учета Кдиф)
	(взрослые с сахарным диабетом 1 типа*)		также проверка дневников самоконтроля	
13	**Школа для пациентов с сахарным диабетом** (взрослые с сахарным диабетом 2 типа*)	E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9, E13.2, E13.3, E13.4, E13.5, E13.6, E13.7, E13.8, E13.9	5 занятий продолжительностью 3 часа, а также проверка дневников самоконтроля	1 372,76
14	**Школа для пациентов с сахарным диабетом** (дети и подростки с сахарным диабетом*)	E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9	10 занятий продолжительностью 2 часа, а также проверка дневников самоконтроля	2 205,12

* в среднем 10 пациентов

2.9.4. Оплата медицинской помощи в кабинете «Диабетическая стопа»

Медицинская помощь пациентам с риском развития синдрома диабетической стопы в кабинете «Диабетическая стопа» оплачивается в рамках подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях за комплексное посещение.

Перечень услуг, оказываемых в кабинете «Диабетическая стопа», представленный в таблицах 4, 5, разработан ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии имени академика И.И. Дедова» Министерства здравоохранения Российской Федерации при участии главного внештатного специалиста эндокринолога Министерства здравоохранения Российской Федерации И.И. Дедова.

Таблица 4.

Мероприятия, проводимые в рамках кабинета «Диабетической стопы»

Риск развития	Показания для направления в кабинет «Диабетической стопы»	Коды МКБ-10	Наименование услуги	Предельная стоимость, руб. (без учета Кдиф)	Частота визитов
Умеренный	Диабетическая нейропатия (отсутствие тактильной (защитной) и болевой чувствительности) или наличие облитерирующего	Диабетическая полинейропатия: E10.4 E11.4 E12.4 E13.4 E14.4	**Диагностика и профилактика:** «Скрининг синдрома	2 000,35	1 раз в год

Риск развития	Показания для направления в кабинет «Диабетической стопы»	Коды МКБ-10	Наименование услуги	Предельная стоимость, руб. (без учета Кдиф)	Частота визитов
	атеросклероза артерий нижних конечностей (стеноз>70%) без критической ишемии) и/или 0,9> лодыжечно-плечевой индекс≥1,3	Диабетическая ангиопатия (без язв): E10.5 E11.5 E12.5 E13.5 E14.5	диабетической стопы»		
Высокий	1.Сочетание диабетической нейропатии + облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей (стеноз>70%) 2. Сочетание нейропатии + деформация стопы любого генеза (молоткообразные пальцы и др.) 3. Сочетание облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей (стеноз>70%) и/или 0,9> лодыжечно-плечевой индекс ≥1,3 + деформация стопы любого генеза (молоткообразные пальцы и др.) Виды деформации стопы: - посттравматическая - наружное искривление большого пальца (hallus valgus) - тугоподвижность межфаланговых суставов - внутреннее искривление большого пальца (hallus varus)	Диабетическая полинейропатия: E10.4 E11.4 E12.4 E13.4 E14.4; Диабетическая ангиопатия (без язв): E10.5 E11.5 E12.5 E13.5 E14.5; Сахарный диабет с множественными осложнениями: E10.7 E11.7 E12.7 E13.7 E14.7	**Диагностика и профилактика:** «Скрининг синдрома диабетической стопы»	2 000,35	2 раза в год
Очень высокий	Диабетическая нейропатия или облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (стеноз>70%) и/или 0,9>лодыжечно-плечевой индекс ≥1,3 в	Диабетическая полинейропатия: E10.4 E11.4 E12.4 E13.4 E14.4 Диабетическая ангиопатия (без	**Диагностика и профилактика:** «Скрининг синдрома диабетической стопы»	2 000,35	4 раза в год

Риск развития	Показания для направления в кабинет «Диабетической стопы»	Коды МКБ-10	Наименование услуги	Предельная стоимость, руб. (без учета Кдиф)	Частота визитов
	сочетании с: язвой стопы в анамнезе (СДС) и/или состояние после ампутации пальцев, части стопы, нижней конечности на уровне голени/ бедра и/или ХБП на стадии С5Д (заместительная почечная терапия ХСН со сниженной фракцией выброса (ХСН III-IV стадии по NYHA).	язв) E10.5 E11.5 E12.5 E13.5 E14.5 Сахарный диабет с множественными осложнениями: E10.7 E11.7 E12.7 E13.7 E14.7; M14.2 - Диабетическая артропатия (E10-E14+ с общим четвертым знаком .6) M14.6 Невропатическая артропатия	**Лечение (диабетической нейроостеоартропатии):** «Диагностика и лечение диабетической нейроостеоартропатии. Наложение индивидуальной разгрузочной повязки»	1 942,44	
Синдром диабетической стопы	1. Пациенты с сахарным диабетом, пролеченные в стационаре и выписанные на лечение по поводу заболеваний нижних конечностей (с наличием синдрома диабетической стопы в настоящее время) 2. Диабетическая нейроостеоартропатии с раневыми дефектами мягких тканей стопы 3. Синдром диабетической стопы характеризуются наличием длительно незаживающих ран стоп:	Диабетическая полинейропатия: E10.4 E11.4 E12.4 E13.4 E14.4 Диабетическая ангиопатия (без язв): E10.5 E11.5 E12.5 E13.5 E14.5 Сахарный диабет с множественными осложнениями: E10.7 E11.7 E12.7 E13.7 E14.7 M14.2 - Диабетическая артропатия (E10-E14+ с общим	**Диагностика и профилактика:** «Скрининг синдрома диабетической стопы»	2 000,35	6 раз в год
			Лечение (ран нижних конечностей): «Диагностика и лечение ран нижних конечностей у пациентов с синдромом диабетичской стопы»	2 407,55	

Риск развития	Показания для направления в кабинет «Диабетической стопы»	Коды МКБ-10	Наименование услуги	Предельная стоимость, руб. (без учета Кдиф)	Частота визитов
	- открытая рана области голеностопного сустава и стопы (S91) - открытая рана одного или нескольких пальцев стопы без повреждения ногтевой пластинки (S91.1) - открытая рана пальца (ев) стопы с повреждением ногтевой пластинки (S91.2) - открытая рана других частей стопы (S91.3) - множественные открытые раны голеностопного сустава и стопы (S91.7)	четвертым знаком .6) при наличии раневого дефекта мягких тканей стопы M14.6 Невропатическая артропатия при наличии раневого дефекта мягких тканей стопы	**Лечение** (диабетической нейроостеоартропатии): «Диагностика и лечение диабетической нейроостеоартропатии. Наложение индивидуальной разгрузочной повязки»	1 942,44	

Таблица 5.

Перечень услуг, оказываемых в кабинете «Диабетическая стопа»

1. Скрининг синдрома диабетической стопы

п/п	Код услуги	Наименование медицинской услуги
1	B01.058.001	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный
2	A01.24.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы
3	A04.12.001.001	Ультразвуковая допплерография артерий нижних конечностей (с использованием мини-доплера или портативного ультразвукового аппарата для проведения доплерографии)
4	B03.043.002	Скрининг-исследование риска заболеваний артерий нижних конечностей с помощью системы с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчетом лодыжечно-плечевого индекса
5	B02.012.001.01	Обработка ногтевых пластинок (1 стопа)
6	B02.012.001.02	Обработка гиперкератоза (1 сеанс)
7	A16.01.028	Удаление мозолей

2. Диагностика и лечение диабетической нейроостеоартропатии. Наложение индивидуальной разгрузочной повязки

п/п	Код услуги	Наименование медицинской услуги
1	B01.058.001	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный
2	A01.24.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы
3	A04.12.001.001	Ультразвуковая допплерография артерий нижних конечностей (с

		использованием мини-доплера или портативного ультразвукового аппарата для проведения доплерографии)
4	A15.04.002	Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов (из полимерных материалов)
5	A15.03.010	Снятие гипсовой повязки (лонгеты) (снятие иммобилизационной повязки из полимерных материалов)
6	A02.30.001	Термометрия общая

3. Диагностика и лечение ран нижних конечностей у пациентов с синдромом диабетической стопы

п/п	Код услуги	Наименование медицинской услуги
1	B01.058.001	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный
2	A04.12.001.001	Ультразвуковая допплерография артерий нижних конечностей (с использованием мини-доплера или портативного ультразвукового аппарата для проведения доплерографии)
3	B03.043.002	Скрининг-исследование риска заболеваний артерий нижних конечностей с помощью системы с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчетом лодыжечно-плечевого индекса
4	A01.24.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы
5	A26.01.004	Микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого диабетических язв на анаэробные микроорганизмы
6	A15.01.001	Наложение повязки при нарушении целостности кожных покровов
7	A15.01.002	Наложение повязки при гнойных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки

2.9.5. Оплата медицинской помощи, оказанной в центрах здоровья (центрах медицины здорового долголетия)

В соответствии с Программой оплата посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи – комплексное посещение.

Методические рекомендации по оказанию медицинской помощи пациентам с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в центрах здоровья (центрах медицины здорового долголетия) для взрослых утверждены главным внештатным специалистом по терапии и общей врачебной практике Министерства здравоохранения Российской Федерации О.М. Драпкиной.

В Тарифном соглашении субъекта Российской Федерации устанавливаются дифференцированные тарифы в разрезе медицинских услуг на оплату посещения с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия) в зависимости от вида приема пациента согласно Таблице 6. Динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний, предусмотренное Программой, оплачивается по установленным в таблице 6 тарифам для диспансерных приемов.

Таблица 6.

Вид приема	**Наименование услуги**	**Мероприятие**	**Предельная стоимость, руб. (без учета Кдиф)**
Первичное посещение	Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование и разработка индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни, рекомендация индивидуальной программы здорового питания	Проведение врачом/фельдшером индивидуального углубленного профилактического консультирования	809,82
		Анкетирование пациента по теме ЗОЖ	
		Анкетирование пациента по вопросам питания	
		Проведение биоимпедансометрии	
		Проведение антропометрии (рост, вес, окружность талии)	
		Проведение динамометрии	
		Проведение исследования при помощи смокелайзера	
		Проведение спирометрии	
		Проведение пульсоксиметрии/ применение ангиоскана	
		Разработка врачом/фельдшером программы по ЗОЖ, ее разъяснение	
		Разработка врачом/фельдшером рекомендации по здоровому питанию, их разъяснение	
Первый диспансерный	Диспансерное наблюдение пациента с	Прием врачом/фельдшером	256,35

Вид приема	Наименование услуги	Мероприятие	Предельная стоимость, руб. (без учета Кдиф)
прием (повторное посещение с применением телемедицинских технологий)	факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в центре здоровья для взрослых. Услуга выполняется через 3 месяца с момента постановки на диспансерное наблюдение	центра здоровья для взрослых с использованием цифровых клинических сервисов	
Второй диспансерный прием (повторное посещение) с осмотром (консультацией) врачом-диетологом	Диспансерное наблюдение пациента с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в центре здоровья для взрослых. Услуга выполняется через 6 месяцев с момента постановки на диспансерное наблюдение	Прием (осмотр) врачом/фельдшером центра здоровья для взрослых	1 293,39
		Анкетирование пациента по теме ЗОЖ	
		Анкетирование пациента по вопросам питания	
		Проведение биоимпедансометрии	
		Проведение антропометрии (рост, вес, окружность талии, окружность бедер, вычисление ИМТ)	
		Проведение динамометрии	
		Проведение исследования при помощи смокелайзера	
		Проведение спирометрии	
		Проведение пульсоксиметрии/ применение ангиоскана	
		Осмотр (консультация) психологом (по показаниям)	
		Осмотр (консультация) врачом-диетологом (по показаниям)	
Второй диспансерный прием (повторное посещение) без осмотра (консультации)	Диспансерное наблюдение пациента с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в центре	Прием (осмотр) врачом/фельдшером центра здоровья для взрослых	705,04
		Анкетирование пациента по теме ЗОЖ	

Вид приема	Наименование услуги	Мероприятие	Предельная стоимость, руб. (без учета Кдиф)
врачом-диетологом	здоровья для взрослых. Услуга выполняется через 6 месяцев с момента постановки на диспансерное наблюдение	Анкетирование пациента по вопросам питания	
		Проведение биоимпедансометрии	
		Проведение антропометрии (рост, вес, окружность талии, окружность бедер, вычисление ИМТ)	
		Проведение динамометрии	
		Проведение исследования при помощи смокелайзера	
		Проведение спирометрии	
		Проведение пульсоксиметрии/ применение ангиоскана	
		Осмотр (консультация) психологом (по показаниям)	
Третий диспансерные прием (повторное посещение)	Диспансерное наблюдение пациента с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в центре здоровья для взрослых. Услуга выполняется через 12 месяцев с момента постановки на диспансерное наблюдение	Прием (осмотр) врачом/фельдшером центра здоровья для взрослых	344,74
		Проведение биоимпедансометрии	
		Проведение антропометрии (рост, вес, окружность талии, окружность бедер, вычисление ИМТ)	
		Проведение динамометрии	
		Проведение исследования при помощи смокелайзера	
		Проведение спирометрии	
		Проведение пульсоксиметрии/ применение ангиоскана	

Учитывая, что Методическими рекомендациями по оказанию медицинской помощи пациентам с факторами риска развития хронических

неинфекционных заболеваний в центрах здоровья для взрослых, утвержденных главным внештатным специалистом по терапии и общей врачебной практике Министерства здравоохранения Российской Федерации О.М. Драпкиной, проведение групповых консультирований в центрах здоровья не предусмотрено, оплате за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах объема средств, предусмотренных территориальной программой обязательного медицинского страхования, групповые консультации не подлежат.

В тарифных соглашениях устанавливаются дифференцированные тарифы в разрезе медицинских услуг, проводимые в центрах здоровья (центрах медицины здорового долголетия) и направленные на выявление изменений в организме человека, которые могут привести к преждевременной активации механизмов старения и формированию факторов риска развития заболеваний, согласно Приложению №7 к Программе.

При этом стоимость единицы объема формируется как сумма тарифов фактически оказанных медицинских услуг.

2.9.6. Оплата медицинской помощи при лабораторной диагностике пациентам с гепатитом С

Лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа ВГС) включает в себя следующие медицинские услуги:

Код услуги	Наименование услуги	Рекомендуемая кратность при расчете комплексного тарифа
A26.05.019.003	Определение генотипа вируса гепатита С (Hepatitis C virus)	1,0
A04.14.001.005	Эластометрия печени	0,3
A09.05.042	Определение активности аланинаминотрансферазы в крови (АЛТ)	0,7
A09.05.041	Определение активности аспартатаминотрансферазы в крови (АСТ)	0,7
A12.05.120	Исследование уровня тромбоцитов в крови	0,7

Лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа ВГС) предназначена для определения стадии заболевания, генотипа вируса до начала противовирусной терапии.

В рамках определения стадии фиброза печени предоставляется услуга А04.14.001.005 «Эластометрия печени» или услуги А09.05.042 «Определение активности аланинаминотрансферазы в крови (АЛТ)», А09.05.041 «Определение активности аспартатаминотрансферазы в крови (АСТ)», А12.05.120 «Исследование уровня тромбоцитов в крови».

Определение РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции включает услугу А26.05.019.001 «Определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование». Исследование назначается для подтверждения предварительного диагноза и контроля эффективности противовирусной терапии в соответствии с клиническими рекомендациями.

2.9.7. Оплата медицинской помощи по дистанционному наблюдению за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом

В соответствии с Программой оплате за счет средств обязательного медицинского страхования подлежит дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов для пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом (далее – дистанционное наблюдение), которое оказывается в соответствии с Порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 №193н (далее – Приказ №193н).

Обязательным условием оплаты случая дистанционного наблюдения является наличие у территориального фонда обязательного медицинского страхования и страховой медицинской организации доступа к информационной системе, предназначенной для централизованного сбора информации о мониторируемых показателях артериального давления и уровня глюкозы крови, включая доступ к детальным сведениям о дате и времени каждого переданного изменения в отношении всех пациентов, находящихся на дистанционном наблюдении, застрахованных в соответствующем субъекте Российской Федерации, для целей проверки соответствия каждого случая дистанционного наблюдения указанным ниже требованиям к количеству и частоте измерений.

Оплата медицинской помощи в рамках дистанционного наблюдения осуществляется за один месяц дистанционного наблюдения, который может не совпадать с календарным (например, месяцем дистанционного наблюдения может считаться период времени с 3 числа прошлого месяца по 2 число текущего месяца включительно).

Рекомендуемые тарифы на оплату дистанционного наблюдения, а также

среднее количество месяцев в год, которое пациент с соответствующим заболеванием находится на дистанционном наблюдении, сформированные при участии ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. ак. И.И. Дедова» Министерства здравоохранения Российской Федерации и ФГБУ «НМИЦК им. ак. Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, которое используется при планировании объемов медицинской помощи по дистанционному наблюдению, представлены в Таблице 7.

Таблица 7.

Медицинская услуга	Число месяцев в году, которое в среднем пациент находится на дистанционном наблюдении	Предельная стоимость на оплату одного месяца дистанционного наблюдения (без коэффициента дифференциации), руб.
А02.12.002.002 «Дистанционное наблюдение за показателями артериального давления»	3,6299	265,58
А09.05.023.002 «Дистанционное наблюдение за показателями уровня глюкозы крови»	12,00	304,31

Результатом оказания дистанционного наблюдения в течение одного месяца является заключение по результатам 1 месяца дистанционного наблюдения, в том числе подписанное электронной цифровой подписью врача. Заключение должно содержать в том числе сведения о количестве проанализированных измерений, которые необходимы для проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи. Для указанных целей рекомендуется использовать СЭМД № 262 «Протокол по результатам дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациента с артериальной гипертензией или с сахарным диабетом».

Случай дистанционного наблюдения пациента с артериальной гипертензией за конкретный месяц может предъявляться к оплате только при условии, что измерения передавались на программе «Подбор терапии» не менее чем за 15 дней в месяц не менее чем 2 раза в день (в среднем не менее 30 измерений в месяц), на программе «Контроль терапии» — не менее чем за

8 дней в месяц не менее чем 2 раза в день (в среднем не менее 16 измерений в месяц).

Случай дистанционного наблюдения пациента с сахарным диабетом за конкретный месяц может предъявляться к оплате только при условии, что измерения передавались не менее чем за 75% дней в месяц (в среднем не менее 22 дней) не менее чем 75% измерений, предусмотренных клиническими рекомендациями для соответствующего типа сахарного диабета и применяемой сахароснижающей терапии.

В связи с необходимостью адаптации пациента к методике выполнения измерений, в том числе индивидуальной настройки используемых технических средств, в первый месяц дистанционного наблюдения пациента допускается снижение числа проводимых пациентом измерений до 50% от установленного количества.

Оплата неполных месяцев дистанционного наблюдения по тарифу, рассчитанному в зависимости от количества календарных дней, за которые передавались измерения, и (или) количества переданных измерений не осуществляется.

В соответствии с Программой финансовое обеспечение расходов, связанных с предоставлением пациентам с артериальной гипертензией и сахарным диабетом медицинских изделий, необходимых для проведения дистанционного наблюдения в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (в том числе расходы на арендную плату и амортизацию за медицинские изделия, предоставляемые пациенту для использования на дому), а также расходов, связанных с использованием систем поддержки принятия врачебных решений, осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, указанные расходы не включены в установленные Программой средние нормативы финансовых затрат на дистанционное наблюдение и рекомендуемые тарифы на оплату одного месяца дистанционного наблюдения и не подлежат оплате за счет средств обязательного медицинского страхования.При этом расходы, связанные с ремонтом и техническим обслуживанием тонометров, находящихся на балансе медицинской организации и используемых при дистанционном наблюдении в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, включены в указанные в Таблице 7 тарифы и могут быть оплачены за счет средств обязательного медицинского страхования.

Особенности организации и оказания медицинской помощи по дистанционному наблюдению, а также критерии отбора пациентов для проведения дистанционного наблюдения в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования определяются ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. ак. И.И. Дедова» Министерства здравоохранения

Российской Федерации и ФГБУ «НМИЦК им. ак. Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

2.10 Расчет итогового объема финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи

Итоговый объем финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в конкретной медицинской организации определяется следующим образом:

$$ФО^{i}_{ФАКТ} = ОС^{i}_{ДС} + ДП^{i}_{Н} \times Ч^{i}_{З} + ОС^{i}_{ФАП} + ОС^{i}_{Д(Л)И} + ОС^{i}_{ЕО},$$

где:

$ФО^{i}_{ФАКТ}$ фактический размер финансового обеспечения i-той медицинской организации в части оказания первичной медико-санитарной помощи, рублей;

$ОС^{i}_{ДС}$ объем средств, направляемых на оплату первичной-медико-санитарной помощи по КСГ, оказываемой в i-той медицинской организации в условиях дневного стационара, рублей;

$ОС^{i}_{Д(Л)И}$ объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (медицинских услуг) в i-той медицинской организации, рублей;

$ОС^{i}_{ЕО}$ объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в i-той медицинской организации в амбулаторных условиях, вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам (за исключением $ОС^{i}_{Д(Л)И}$), рублей.

2.11. Особенности оплаты стоматологической помощи в амбулаторных условиях

При оплате амбулаторной стоматологической медицинской помощи по посещениям и обращениям рекомендуется учитывать условные единицы трудоемкости (далее – УЕТ), которые на протяжении многих лет используются в стоматологии для планирования учета оказываемых услуг, отчетности деятельности специалистов, оплаты их труда.

Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях по тарифам с учетом УЕТ должна быть основана на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2–х, 3–х зубов) за одно посещение, что является наиболее эффективным, так как сокращается время на вызов

пациента, подготовку рабочего места, операционного поля, работу с документами и т.д. При этом для планирования объема финансовых средств на оплату стоматологической помощи в амбулаторных условиях учитывается средняя кратность УЕТ в одном посещении, которая по Российской Федерации составляет 4,2.

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, представлено в Приложении 3 к настоящим рекомендациям.

Указанное приложение разработано ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» при участии главного внештатного специалиста стоматолога Министерства здравоохранения Российской Федерации, ректора Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова О.О. Янушевича.

За одну условную единицу трудоемкости (УЕТ) принимаются 10 минут. При этом для учета случаев лечения обязательно используется следующее правило: один визит пациента является одним посещением.

Субъект Российской Федерации вправе расширять перечень медицинских услуг при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, установленный Приложением 3 к настоящим рекомендациям, медицинскими услугами, включенными в Номенклатуру. При этом включение медицинских услуг в указанное приложение не исключает возможности их оказания в стационарных условиях.

Стоимость УЕТ, используемая при оплате медицинской помощи, является единой при оплате медицинской помощи, оказанной как взрослому, так и детскому населению, и может отличаться только за счет применения коэффициента дифференциации по территории оказания медицинской помощи и при установлении отдельной УЕТ для оплаты медицинской помощи, оказанной средним медицинским персоналом. Стоимость УЕТ без учета коэффициента дифференциации рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{УЕТ} = \text{ЗП}_{\text{мин}} \times 10\ \text{мин.} \times \text{К}_{\text{АУП}} \times \text{К}_{\text{накл}},$$

где:

$\text{ЗП}_{\text{мин}}$	объем затрат на оплату труда медицинского персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги), в расчете на 1 минуту (без учета коэффициента дифференциации)*, рублей;
$\text{К}_{\text{АУП}}$	поправочный коэффициент, применяемый в целях учета доли

	средств на оплату труда административного и управленческого персонала медицинской организации, не принимающего непосредственного участия в оказании медицинской помощи (при отсутствии соответствующих сведений рекомендуется использовать значение 1,25);
$К_{накл}$	поправочный коэффициент, применяемый в целях учета накладных расходов, в том числе на приобретение медикаментов и перевязочных средств, при оказании амбулаторной стоматологической помощи (при отсутствии соответствующих сведений рекомендуется использовать значение 1,2).

* рассчитывается от целевых значений заработной платы соответствующих категорий медицинских работников в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

2.12. Особенности оплаты медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

Консультации с применением телемедицинских технологий подлежат оплате в случае их проведения в соответствии с Приказом № 193н.

В соответствии с Программой подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому) на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями, за исключением расходов на оплату телемедицинских консультаций маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, а также жителям отдаленных и малонаселенных районов, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикреплённого населения.

Таким образом, оплата медицинской помощи с применением телемедицинских технологий осуществляется:

1. Вне подушевого финансирования (за единицу объема медицинской помощи):

- при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей за исключением дистанционного взаимодействия медицинских работников внутри одной медицинской организации;

- при оплате телемедицинских консультаций маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения;

- при оплате телемедицинских консультаций жителям отдаленных и малонаселенных районов, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения;

- при оплате телемедицинских консультаций по профилю медицинской помощи, исключенному из подушевого финансирования.

2. В рамках межучрежденческих расчетов из средств, получаемых по подушевому нормативу финансирования медицинской организацией, к которой прикреплено застрахованное лицо, при оплате телемедицинских консультаций, не указанных в пункте 1 настоящего раздела.

Средства за оказанную медицинскую помощь при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, направляются в медицинскую организацию, запросившую указанную телемедицинскую консультацию.

Рекомендуемые подходы к оплате медицинской помощи в рамках межучрежденческих и межтерриториальных расчетов определены разделом V настоящих рекомендаций.

Также возможно установление отдельных тарифов на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в целях проведения межучрежденческих расчетов, в том числе для референс-центров.

Расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий учитываются путем применения повышающего коэффициента при расчете $КД_{ур}$, используемого при расчете дифференцированных подушевых нормативов в случаях оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц а для медицинских организаций, имеющих в составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию – по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату по всем видам и условиям оказания медицинской помощи.

При этом повышающий коэффициент рассчитывается прямо пропорционально доле медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в общем объеме оказанной медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования.

Таблица 8.

Показатель объема медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (доля медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в общем объеме оказанной медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования), %	**Повышающий коэффициент к коэффициенту уровня (подуровня)**
1%	1,01
2%	1,02
Повышающий коэффициент прямо пропорционален доле медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (при увеличении доли оказанной медицинской помощи с применением телемедицинских услуг на 1% повышающий коэффициент увеличивается на 0,01)	

Указанный коэффициент применяется при определении размера коэффициента уровня (подуровня) медицинской организации, применяемого при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в амбулаторных условиях (а для вышеуказанных медицинских организаций – при оплате по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату по всем видам и условиям оказания медицинской помощи) и, в случае его применения, отражается в тарифном соглашении.

В тарифном соглашении должны быть установлены :

- порядок проведения расчетов между медицинскими организациями за оказанную медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий;
- тарифы на оплату медицинских услуг с применением телемедицинских технологий, в том числе в рамках межучрежденческих расчетов между медицинскими организациями субъекта Российской Федерации, осуществляемых через страховые медицинские организации.

В тарифном соглашении возможно установление:

- рекомендуемых тарифов на оплату медицинских услуг с применением телемедицинских технологий для проведения расчетов в рамках договоров о возмездном оказании медицинских услуг между медицинскими организациями без участия страховой медицинской организации, заключенных на общих основаниях, предусмотренных Гражданским кодексом Российской Федерации (далее – Договор), между медицинскими организациями преимущественно 1-го и 2-го уровня (имеющими прикрепленное население, или в которых проходит лечение пациент), и медицинскими организациями 3-го уровня, а также федеральными

медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий.

В субъекте Российской Федерации организация оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в медицинских организациях иного субъекта Российской Федерации рекомендуется в случае, если ресурсы медицинских организация для оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в субъекте Российской Федерации либо полностью отсутствуют, либо недостаточны для оказания их в необходимом объеме.

При этом медицинские организации, желающие получить телемедицинскую консультацию, вправе заключить Договор с медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий.

При необходимости по медицинским показаниям и в соответствии с клиническими рекомендациями медицинские работники медицинских организаций, расположенных в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах организуют проведение консультации с использованием дистанционных (телемедицинских) технологий с последующим внесением соответствующей информации о проведении и результатах такой консультации в медицинскую документацию пациента.

2.13. Порядок оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «Акушерство и гинекология» и (или) «Стоматология»

В соответствии с Программой в рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при финансовом обеспечении первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи могут выделяться подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «Акушерство и гинекология» и (или) «Стоматология», а также по дополнительным профилям медицинской помощи, по которым осуществляется оплата первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи по соответствующим профилям.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи по профилям «Акушерство и гинекология» или «Стоматология» или дополнительным профилям медицинской помощи соответственно рассчитывается по следующей формуле:

$$ФО_{А/С} = \frac{ОС_{А/С}}{Ч_{А/С}},$$

где:

$ФО_{А/С}$ средний размер финансового обеспечения медицинской помощи по профилям «Акушерство и гинекология» или «Стоматология» или дополнительным профилям медицинской помощи соответственно;

$ОС_{А/С}$ объем средств, выделенный Комиссией на оплату медицинской помощи по профилям «Акушерство и гинекология» или «Стоматология» или дополнительным профилям медицинской помощи соответственно;

$Ч_{А/С}$ численность прикрепленного населения к медицинским организациям (структурным подразделениям медицинских организаций), оказывающим медицинскую помощь по профилям «Акушерство и гинекология» или «Стоматология» или дополнительным профилям медицинской помощи соответственно.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «Акушерство и гинекология» или «Стоматология» или дополнительным профилям медицинской помощи соответственно, (далее – базовый (средний) подушевой норматив финансирования по профилю «Акушерство и гинекология» или «Стоматология» или дополнительным профилям медицинской помощи соответственно) рассчитывается по следующей формуле:

$$ПН_{А/С}^{БАЗ} = \frac{ФО_{А/С} - ОС_{РД}}{КД \times СКД_{от}},$$

где:

$ПН_{А/С}^{БАЗ}$ базовый (средний) подушевой норматив финансирования по профилю «Акушерство и гинекология» или «Стоматология» или дополнительным профилям медицинской помощи соответственно.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования по профилю «Акушерство и гинекология» или «Стоматология» или дополнительным профилям медицинской помощи соответственно, значение параметра $СКД_{от}$, а также коэффициенты, применяемые к базовому (среднему) подушевому нормативу финансирования по указанным профилям согласно Требованиям, рассчитываются аналогично коэффициентам, применяемым к базовому (среднему) подушевому нормативу финансирования медицинской помощи, и устанавливаются в тарифном соглашении.

2.14. Применение показателей результативности деятельности медицинской организации

Основная цель применения методики стимулирования медицинских организаций – это снижение показателей смертности прикрепленного к ней населения.

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, определяется доля средств от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности с учетом бальной оценки.

При этом размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования определяется по следующей формуле:

$$\text{ОС}_{\text{ПН}} = \text{ДП}_{\text{Н}}^{i} \times \text{Ч}_{\text{З}}^{i} + \text{ОС}_{\text{РД}},$$

где:

$\text{ОС}_{\text{ПН}}$ финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, рублей;

$\text{ОС}_{\text{РД}}$ объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке (далее – объем средств с учетом показателей результативности), рублей.

$\text{ДП}_{\text{Н}}^{i}$ дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций субъекта Российской Федерации проводится Комиссией, частота проведения мониторинга определяется тарифным

соглашением, но не реже одного раза в квартал.

Учитывая возможное изменение принятых к оплате позиций реестров счетов по результатам повторного медико-экономического контроля, проведенного за предыдущие отчетные периоды, а также принимая во внимание, что разделом X Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н, закреплена процедура обжалования медицинской организацией заключения страховой медицинской организации по результатам контроля, в результате которой могут быть выявлены основания для отмены (изменения) решения о неоплате, неполной оплате медицинской помощи и/или об уплате медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам первичной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи, ежеквартальный расчет показателей следует производить нарастающим итогом с декабря 2025 года (случаи экспертизы качества оказания медицинской помощи отбираются по дате проведения экспертизы качества оказания медицинской помощи, а не по дате случая лечения).

Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности рекомендуется производить по итогам года.

При этом выплаты по итогам года распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года - ноябрь текущего года (включительно) и включаются в счет за декабрь или ноябрь (по решению субъекта Российской Федерации).

Приложением к Требованиям определен перечень показателей результативности деятельности.

Показатели результативности деятельности, порядок их применения и объем (доля) финансовых средств, направляемых на осуществление выплат по результатам оценки результативности деятельности медицинских организаций, устанавливаются Тарифным соглашением в соответствии с Требованиями и настоящими рекомендациями. При этом коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами, заключаемыми в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права и регулирующими системы оплаты труда в медицинских организациях, в том числе системы доплат и надбавок стимулирующего характера и системы премирования, необходимо предусмотреть стимулирующие выплаты

медицинским работникам за достижение аналогичных показателей.

Рекомендуемая методика включает разделение оценки показателей результативности деятельности на блоки, отражающие результативность оказания медицинской помощи – профилактические мероприятия и диспансерное наблюдение разным категориям населения (взрослому населению, детскому населению, акушерско-гинекологической помощи), а также оценку качества оказания медицинской помощи прикрепленному населению в амбулаторных условиях.

В случае, когда показатель(-и) результативности одного из блоков неприменим(-ы) для конкретной медицинской организации и (или) отчетного периода, суммарный максимальный балл и итоговый коэффициент для соответствующей медицинской организации могут рассчитываться без учета этого показателя(-ей). Минимально возможным значением показателя является значение «0». Максимально возможным значением показателя «100 процентов».

Тарифным соглашением может быть определен порядок применения показателей результативности, а также перечень медицинских организаций (групп медицинских организаций) с указанием показателей результативности, применяемых для указанных медицинских организаций (групп медицинских организаций), например, обслуживающих только детское население, обслуживающие детское и взрослое население, и другие сочетания прикрепленного населения.

Субъект Российской Федерации вправе использовать при оценке результативности деятельности отдельных медицинских организаций (в том числе оказывающих медицинскую помощь по профилю «Стоматология») дополнительный перечень показателей, дифференцированный с учетом индивидуальных особенностей таких медицинских организаций (профиля, мощности, материально-технической базы, транспортной доступности, возрастной структуры обслуживаемого населения и иных характеристик).

Каждый показатель, включенный в блок (Приложение 11 к настоящим рекомендациям), оценивается в баллах, которые суммируются. Показатели результативности, включенные в блок 4 «Оценка качества оказания медицинской помощи» могут иметь отрицательные значения, при этом баллы вычитаются из количества баллов, набранных медицинской организацией по четвертому блоку показателей. При достижении отрицательного количества баллов по четвертому блоку при подсчете общей суммы баллов по медицинской организации принять значение баллов по четвертому блоку равным нулю. Методикой предусмотрена максимально возможная сумма баллов по каждому блоку, которая составляет:

- 35 баллов для показателей блока 1 (взрослое население);
- 35 баллов для показателей блока 2 (детское население);

- 35 баллов для показателей блока 3 (женское население);

- 35 баллов для показателей блока 4 (оценка качества оказания медицинской помощи).

В зависимости от результатов деятельности медицинской организации по каждому показателю определяется соответствующий балл.

С учетом фактического выполнения показателей, медицинское организации распределяются на три группы: I – выполнившие до 40 процентов показателей, II – от 40 (включительно) до 60 процентов показателей, III – от 60 (включительно) процентов показателей. Показатель считается выполненным только при положительном количестве баллов. В случае, если медицинская организация удовлетворяет нескольким критериям для начисления баллов, ей присваивается максимальный из возможных для начисления балл. В случае, если значение, указанное в знаменателе соответствующих формул, приведенных в Приложении 11, равняется нулю, баллы по показателю не начисляются, а указанный показатель (по решению субъекта Российской Федерации) может исключаться из числа применяемых показателей при расчете доли достигнутых показателей результативности для медицинской организации за период.

Рекомендуемый порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций представлен в Приложении 11 к настоящим рекомендациям. Оценка достижения значений показателей результативности деятельности медицинских организаций оформляется решением Комиссии, которое доводится до сведения медицинских организаций не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности, определятся субъектом Российской Федерации и складывается из двух частей:

1 часть – распределение 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций II и III групп с учетом численности прикрепленного населения.

$$\text{ОС}^{j}_{\text{РД(нас)}} = \frac{0{,}7 \times \text{ОС}^{j}_{\text{РД}}}{\sum \text{Числ}},$$

где:

$\text{ОС}^{j}_{\text{РД(нас)}}$ объем средств, используемый при распределении 70 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 прикрепленное лицо, рублей;

$\text{ОС}^{j}_{\text{РД}}$ совокупный объем средств на стимулирование медицинских

организаций за j-ый период, рублей;

$\sum$Числ численность прикрепленного населения в j-м периоде ко всем медицинским организациям II и III групп.

В качестве численности прикрепленного населения к конкретной медицинской организации рекомендуется использовать среднюю численность за период. Например, при осуществлении выплат по итогам достижения показателей результативности ежегодно среднюю численность рекомендуется рассчитывать по формуле:

$$\text{Числ}_{\boldsymbol{i}}^{\boldsymbol{j}} = \frac{\text{Ч}_{\text{мес1}}+\text{Ч}_{\text{мес2}}+\cdots+\text{Ч}_{\text{мес11}}+\text{Ч}_{\text{мес12}}}{12},$$

где:

$\text{Ч}_{\text{мес}}$ среднегодовая численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации в j-м году, человек;

$\text{Ч}_{\text{мес1}}$ численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число первого месяца j-го года, человек;

$\text{Ч}_{\text{мес2}}$ численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число второго месяца года, следующего за j-тым, человек;

$\text{Ч}_{\text{мес11}}$ численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число одиннадцатого месяца j-го года, человек;

$\text{Ч}_{\text{мес12}}$ численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число двенадцатого месяца j-го года, человек.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию II и III групп за j-тый период при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности ($\text{ОС}_{\text{РД(нас)}}{}_{i}^{j}$), рассчитывается следующим образом:

$$\text{ОС}_{\text{РД(нас)}}{}_{\boldsymbol{i}}^{\boldsymbol{j}} = \text{ОС}_{\text{РД(нас)}}^{\boldsymbol{j}} \times \text{Числ}_{\boldsymbol{i}}^{\boldsymbol{j}},$$

где:

$Числ_i^j$ – численность прикрепленного населения в j-м периоде к i-той медицинской организации II и III групп.

2 часть – распределение 30 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующей период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций III группы с учетом абсолютного количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов.

$$ОС_{РД(балл)}^j = \frac{0{,}3 \times ОС_{РД}^j}{\sum Балл},$$

где:

$ОС_{РД(балл)}^j$ объем средств, используемый при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 балл, рублей;

$ОС_{РД}^j$ совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

$\sum Балл$ количество баллов, набранных в j-м периоде всеми медицинскими организациями III группы.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию III группы за j-тый период, при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций ($ОС_{РД(балл)}{}_i^j$), рассчитывается следующим образом:

$$ОС_{РД(балл)}{}_i^j = ОС_{РД(балл)}^j \times Балл_i^j,$$

где:

$Балл_i^j$ количество баллов, набранных в j-м периоде i-той медицинской организацией III группы.

Если по итогам года отсутствуют медицинские организации, включенные в III группу, средства, предназначенные для осуществления стимулирующих выплат медицинским организациям III группы, распределяются между медицинскими организациями II группы в соответствии с установленной методикой (с учетом численности прикрепленного населения).

Общий объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с

учетом показателей результативности деятельности в медицинскую организацию III группы за j-тый период определяется путем суммирования 1 и 2 частей, а для медицинских организаций I группы за j-тый период – равняется нулю.

Осуществление выплат стимулирующего характера медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, следует производить в полном объеме при условии снижения показателей смертности прикрепленного к ней населения в возрасте от 30 до 69 лет (за исключением смертности от внешних причин) и (или) смертности детей в возрасте от 0-17 лет (за исключением смертности от внешних причин) (далее – показатели смертности прикрепленного населения (взрослого и детского), а также фактического выполнения не менее 90 процентов, установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно).

В случае, если не достигнуто снижение вышеуказанных показателей смертности прикрепленного населения (взрослого и детского) и (или) выполнения медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи, Комиссией устанавливаются понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат.

Объем средств, предусмотренных на стимулирующие выплаты, не распределенный между медицинскими организациями II и III группы в результате применения вышеуказанных понижающих коэффициентов к размеру стимулирующих выплат, распределяется между указанными медицинскими организациями пропорционально размеру стимулирующих выплат с учетом вышеуказанных понижающих коэффициентов.

III. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В ТОМ ЧИСЛЕ НА ОСНОВЕ ПОДУШЕВОГО НОРМАТИВА ФИНАНСИРОВАНИЯ

1. Основные подходы к оплате скорой медицинской помощи

При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), применяются способы оплаты, установленные Программой.

2. Расчет объема средств на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, рассчитывается по следующей формуле:

$$ФО_{СР}^{СМП} = \frac{ОС_{СМП}}{Ч_З},$$

где:

$ОС_{СМП}$ объем средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, рублей;

$Ч_З$ численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек.

Общий объем средств на оплату скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, по следующей формуле:

$$ОС_{СМП} = (Но_{СМП} \times Нфз_{СМП}) \times Ч_З - ОС_{МТР},$$

где:

$Но_{СМП}$ средний норматив объема скорой медицинской помощи вне

медицинской организации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, вызовов;

$Нфз_{СМП}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

$ОС_{МТР}$ объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования за вызов, рублей;

$Ч_З$ численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек.

2.1. Определение базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из объема средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, по следующей формуле:

$$Пн_{БАЗ} = \frac{ОС_{СМП} - ОС_{В}}{Ч_З \times КД},$$

где:

$Пн_{БАЗ}$ Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;

$ОС_{В}$ объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам за вызов, рублей;

КД единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

Тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи устанавливаются тарифным соглашением, в том числе на оплату скорой

медицинской помощи в случае проведения тромболизиса.

В субъекте Российской Федерации может быть принято решение об исключении отдельных видов вызовов скорой медицинской помощи (вызов с проведением тромболизиса, вызов специализированных кардиологических бригад и т.п.) из подушевого норматива финансирования и оплаты указанных вызовов за соответствующую единицу объема.

В реестры счетов на оплату медицинской помощи в обязательном порядке включаются все единицы объема оказанной скорой медицинской помощи по установленным тарифам.

2.2. Определение дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи

При оплате скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации следует устанавливать сопоставимые дифференцированные подушевые нормативы финансирования, позволяющие обеспечивать принцип равных прав застрахованных граждан в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи в субъекте Российской Федерации, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций по следующей формуле:

$$\text{ДПн}^{i} = \text{Пн}_{\text{БАЗ}} \times \text{КД}^{i}_{\text{ПВ}} \times \text{КД}^{i}_{\text{УР}} \times \text{КД}^{i}_{\text{ЗП}} \times \text{КД}^{i} \ ,$$

где:

ДПн^{i} дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей;

$\text{КД}^{i}_{\text{ПВ}}$ коэффициент половозрастного состава;

$\text{КД}^{i}_{\text{УР}}$ коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации) для i-той медицинской организации (при необходимости);

$\text{КД}^{i}_{\text{ЗП}}$ коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i-той медицинской организации (при необходимости);

$КД^i$ коэффициент дифференциации i-той медицинской организации.

Исчерпывающий перечень коэффициентов дифференциации, которые могут использоваться при расчете $ДПн^i$ установлен Требованиями. Использование иных коэффициентов, не предусмотренных Требованиями, недопустимо.

При этом в субъекте Российской Федерации могут использоваться только те коэффициенты, которые отражают особенности данного субъекта. В таком случае, в тарифном соглашении указывается размер не используемых коэффициентов из перечня, предусмотренного Требованиями, в размере 1.

При расчете каждого коэффициента дифференциации значение, равное 1, соответствует средневзвешенному уровню расходов, учитываемых для расчета коэффициента.

При осуществлении дифференциации подушевого норматива следует учитывать, что основным фактором дифференциации является половозрастной состав прикрепившегося населения.

При расчете коэффициентов половозрастного состава при оплате скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования используется подход, аналогичный изложенному в пункте 2.4 Раздела II рекомендаций, за исключением установления значений половозрастного коэффициента в размере не менее 1,6 для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше. Указанные коэффициенты устанавливаются тарифным соглашением.

В тарифном соглашении в отдельном приложении указываются значения всех коэффициентов, используемых при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования, значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования, а также численность застрахованных лиц на территории обслуживания станции скорой медицинской помощи в разрезе медицинских организаций с указанием даты (периода) по состоянию на который представлена численность (например, среднемесячная численность застрахованных лиц на территории обслуживания скорой медицинской помощи за декабрь 2025 года).

2.3. Определение размера финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации

Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определяется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива, численности обслуживаемого населения, а также объемов

медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов по следующей формуле:

$$ФО_{СМП} = ДПн^{i} \times Чз^{ПР} + ОС_{В},$$

где:

$ФО_{СМП}$ размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей;

$Чз^{ПР}$ численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек.

Установленные в тарифном соглашении тарифы на оплату отдельных случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации за единицу объема медицинской помощи – за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц) (в дополнение к подушевому нормативу финансирования) являются едиными для всех медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, и могут отличаться только в зависимости от коэффициента дифференциации для отдельных территорий субъекта Российской Федерации, в которых расположена медицинская организация.

Вызов бригады СМП для оказания медицинской помощи застрахованному лицу, в том числе с результатом вызова «смерть до прибытия бригады скорой медицинской помощи», подлежит оплате за счет средств обязательного медицинского страхования (по подушевому нормативу финансирования либо за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц)).

IV. ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОДУШЕВОМУ НОРМАТИВУ ФИНАНСИРОВАНИЯ НА ПРИКРЕПИВШИХСЯ К МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЛИЦ, ВКЛЮЧАЯ ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ВСЕМ ВИДАМ И УСЛОВИЯМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, С УЧЕТОМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

При оплате медицинской помощи в отдельных медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, может применяться способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе показателей объема медицинской помощи. При этом перечень расходов, исключаемых из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях при установлении соответствующего способа оплаты, установлен Разделом IV Программы.

Указанный подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц для медицинской организации складывается из рассчитанного дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц для данной медицинской организации, включающего медицинскую помощь в неотложной форме, а также объем средств на финансовое обеспечение медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

При применении указанного способа оплаты из общего объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ, исключаются средства, направляемые на оплату медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в медицинские организации, оплата медицинской помощи

в стационарных условиях и в условиях дневного стационара для которых осуществляется в рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц.

Указанный способ оплаты может применяться в целях оптимизации оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, являющимися самостоятельными юридическими лицами, в том числе расположенными в сельской местности, в отдаленных, труднодоступных и малонаселенных районах, с учетом количества структурных подразделений, объема оказываемой медицинской помощи, численности прикрепленного населения. При этом для обоснования и планирования объемов специализированной медицинской помощи рекомендуется использовать в том числе повышающий коэффициент специфики и возможность отнесения медицинской организации к более высокому подуровню медицинской организации.

V. ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ МЕЖУЧРЕЖДЕНЧЕСКИХ И МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ РАСЧЕТОВ

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования (далее – проведение межтерриториальных расчетов), осуществляется в соответствии с тарифами, установленными тарифным соглашением по месту оказания медицинской помощи.

Межучрежденческие расчеты рекомендуется осуществлять с использованием двух моделей организации оплаты:

- через страховую медицинскую организацию (по тарифам для проведения межучрежденческих, в том числе межтерриториальных, расчетов, установленным тарифным соглашением);
- в рамках Договоров.

При использовании модели оплаты в рамках межучрежденческих расчетов через страховую медицинскую организацию в тарифном соглашении устанавливаются единые для всех медицинских организаций тарифы на оплату медицинской помощи при межучрежденческих расчетах, которые также применяются при проведении межтерриториальных расчетов. Медицинскими организациями составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждую выполненную единицу объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай)) с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. Страховые медицинские организации осуществляют оплату услуг на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации-инициатора оказания медицинской помощи в другой медицинской организации, уменьшается на объем средств, перечисленных медицинской организации, в которой были фактически выполнены отдельные медицинские услуги (медицинские вмешательства, исследования), за выполнение указанных отдельных медицинских услуг по направлениям, выданным данной медицинской организацией.

В случае использования модели оплаты медицинской помощи в рамках Договоров между медицинскими организациями без участия страховой

медицинской организации указанный случай оказания медицинской помощи может быть отражен в реестре счетов только одной медицинской организации. Оплата медицинской помощи в рамках Договоров осуществляется в том числе из средств, направленных страховой медицинской организацией в медицинскую организацию, отражающую указанный случай медицинской помощи в реестрах счетов. Комиссия не вправе устанавливать тарифы на оплату медицинской помощи в рамках Договоров.

В рамках межучрежденческих и межтерриториальных расчетов может осуществляться оплата отдельных патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, проводимых в том числе при прохождении пациентом лечения в условиях круглосуточного стационара и в референс – центрах, включая дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования.

VI. ФИНАНСИРОВАНИЕ ОПЛАТЫ УСЛУГ ПО ТРАНСПОРТИРОВКЕ МАЛОМОБИЛЬНЫХ, ЛЕЖАЧИХ, НЕТРАНСПОРТАБЕЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Порядком оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденным приказом Минздрава России от 20.06.2013 № 388н (далее – Порядок № 388н), не предусмотрены положения по транспортировке тяжелых пациентов между медицинскими организациями с использованием автомобилей скорой медицинской помощи.

В целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи:

- в случае необходимости проведения пациенту, находящемуся на лечении в стационарных условиях, диагностических исследований и отсутствия возможности их проведения в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, пациент направляется в медицинскую организацию, располагающую необходимым набором диагностических исследований, силами направившей пациента медицинской организации (например, проведение гемодиализа или обследований на КТ/МРТ, после которых пациент возвращается в направившую его медицинской организацию). Такая транспортировка может осуществляться за счет средств ОМС;
- в случае необходимости перевода по медицинским показаниям пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в другую медицинскую организацию перевод осуществляется силами направившей пациента медицинской организации, в том числе за счет средств ОМС в составе тарифа за оказанную медицинскую помощь;
- в случае необходимости осуществления медицинской эвакуации пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, из медицинской организации, в которой отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий, медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, которая осуществляется за счет бюджетных ассигнований

бюджетов субъектов Российской Федерации).

При этом финансовое обеспечение транспортировки пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места их фактического проживания до места получения медицинской помощи, которая оказывается методом заместительной почечной терапии, и обратно может осуществляться за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации.

При отсутствии необходимости в проведении медицинской эвакуации (то есть в отсутствие экстренных показаний для оказания помощи в другой медицинской организации) транспортировка пациента санитарным транспортом, в том числе в сопровождении медицинского работника, осуществляется силами направившей пациента организации (в том числе привлеченной на основе договора/контракта другой медицинской организации).

VII. ОПЛАТА РАСХОДОВ НА РАЗРАБОТКУ, ВНЕДРЕНИЕ, РАЗВИТИЕ, МОДЕРНИЗАЦИЮ И ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Расходы на разработку, внедрение, развитие, модернизацию и техническое обслуживание МИС МО могут быть оплачены за счет средств обязательного медицинского страхования при наличии исключительных/неисключительных прав на использование программного продукта (информационной системы) в медицинской организации и постановки программного продукта на балансовый учет медицинской организации, с учетом установленного пунктом 208 правил омс принципа пропорционального распределения затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, по отдельным видам медицинской помощи (медицинским услугам) и определены способы такого распределения. Дополнительно отмечаем, что расходы на техническое сопровождение МИС МО за счет средств обязательного медицинского страхования должны быть распределены пропорционально всем источникам дохода медицинской организации.

Вместе с тем, разработка, внедрение, развитие, модернизация и техническое обслуживание ГИСЗ в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации и их подсистем осуществляется за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации.

В соответствии с пунктом 2 Требований к государственным информационным системам в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинским информационным системам медицинских организаций и информационным системам фармацевтических организаций, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2018 № 911н (далее – Требования к ГИСЗ), ГИСЗ субъектов Российской Федерации предназначены для сбора, хранения, обработки и представления информации, необходимой для информационной поддержки управления деятельностью в сфере охраны здоровья граждан в субъекте Российской Федерации, включая информацию о медицинских и фармацевтических организациях на территории субъекта Российской Федерации и об осуществлении ими медицинской и фармацевтической деятельности на территории субъекта Российской Федерации.

Согласно пункту 10 Требований к ГИСЗ органы исполнительной власти

субъекта Российской Федерации, уполномоченные высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации на создание, развитие, эксплуатацию ГИСЗ субъекта Российской Федерации, организации, назначенные указанными органами, должны обеспечивать, в том числе подключение и (или) предоставление доступа МИС МО к ГИСЗ субъекта Российской Федерации.

Приложение 1

ПЕРЕЧЕНЬ СЛУЧАЕВ,
ДЛЯ КОТОРЫХ УСТАНОВЛЕН КСЛП

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
sl001	предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до четырех лет, детей старше четырех лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов, которые в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеют ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности (ограничения способности к самообслуживанию, и (или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) обучению, и (или) контролю своего поведения - независимо от возраста ребенка-инвалида) и ближайшему родственнику, законному представителю или иному лицу (привлекаемому родственниками или законными представителями) пациентов, являющихся инвалидами I группы, за исключением случаев, к которым применяется КСЛП, предусмотренный пунктом 2 настоящего перечня	0,2
sl002	предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до четырех лет, детей старше четырех лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов, которые в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации	0,6

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
	ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеют ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности (ограничения способности к самообслуживанию, и (или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) обучению, и (или) контролю своего поведения - независимо от возраста ребенка-инвалида) и ближайшему родственнику, законному представителю или иному лицу (привлекаемому родственниками или законными представителями) пациентов, являющихся инвалидами I группы, получающих медицинскую помощь по профилям «онкология», «детская онкология» и (или) «гематология»	
sl003	оказание медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра, за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки	0,2
sl004	развертывание индивидуального поста	0,2
sl005	наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии[1], требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации	0,6
sl006	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 1)[2]	0,05
sl007	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 2)[2]	0,47
sl008	проведение сочетанных хирургических	1,16

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
	вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 3) [2]	
sl009	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 4) [2]	2,07
sl010	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 5) [2]	3,49
sl011	проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов[3]	0,18
sl014	проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (гриппа, новой коронавирусной инфекции COVID-19) в период госпитализации	0,05
sl015	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1)*	0,14
sl016	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 2)*	0,34
sl017	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 3)*	1,28
sl018	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1)*	0,26

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
sl019	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 2)*	1,07
sl020	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 3)*	2,3

[1] – наличие у пациента дополнительного диагноза (диагноза осложнения заболевания) из перечня, определенного настоящим Приложением, медицинская помощь в соответствии с которым оказывалась пациенту в период госпитализации

[2] – перечень возможных операций, а также критерии отнесения соответствующих операций к уровню КСЛП определен настоящим Приложением

[3] – при проведении реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5 суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реаниматология», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации)

* – стоимость КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» в стационарных условиях и в условиях дневного стационара определяется без учета коэффициента дифференциации субъекта Российской Федерации.

Перечень схем сопроводительной лекарственной терапии

КСЛП в случае проведения сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых может быть применен в случае, если проведение сопроводительной терапии предусмотрено соответствующими клиническими рекомендациями, в рамках госпитализаций в стационарных условиях по КСГ st19.084-st19.089, st19.094-st19.102, st19.182-

st19.202; в условиях дневного стационара по КСГ ds19.058-ds19.062, ds19.067-ds19.078, ds19.157-ds19.180.

При использовании схем лекарственной терапии, предусматривающих применение лекарственных препаратов филграстим, деносумаб, эмпэгфилграстим, КСЛП «Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых (уровень 1-3)» не применяются.

Перечень схем сопроводительной лекарственной терапии, при применении которых может быть применен КСЛП:

Код схемы	**Уровень КСЛП***	**Описание схемы**	**Условия применения**
supt01	1	Филграстим 4 дня введения по 300 мкг	
supt02	2	Деносумаб 1 день введения 120 мг	установленный клиренс креатинина <59 мл/мин на момент принятия решения о назначении препарата Деносумаб
supt03	3	Тоцилизумаб 1 день введения 8 мг/кг	
supt04	2	Филграстим 8 дней введения по 300 мкг	
supt05	3	Эмпэгфилграстим 1 день введения 7,5 мг	
supt06	2	Филграстим 10 дней введения по 300 мкг	
supt07	1	Микофенолата мофетил 30 дней введения по 1000 мг 2 раза в день	
supt08	2	Такролимус 30 дней введения по 0,1 мг/кг	
supt09	3	Ведолизумаб 1 день введения 300 мг	
supt10	3	Инфликсимаб 1 день введения 5 мг/кг	
supt11	3	Иммуноглобулин человека нормальный 5 дней введения по 400 мг/кг	
supt12	3	Иммуноглобулин	

		антитимоцитарный 3-5 дней введения по 1,5-5 мг/кг	

* – в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

Проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (гриппа, новой коронавирусной инфекции COVID-19) в период госпитализации

Указанный КСЛП не может применяться при оплате случаев лечения, оплачиваемых по КСГ st12.012 «Грипп, вирус гриппа идентифицирован» и КСГ st12.015-st12.019, используемых для оплаты случаев лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Наличие у пациентов тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента

К таким сопутствующим заболеваниям и осложнениям заболеваний целесообразно относить:

- Сахарный диабет типа 1 и 2;
- Заболевания, включенные в Перечень редких (орфанных) заболеваний, размещенный на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации[2];
- Рассеянный склероз (G35);
- Хронический лимфоцитарный лейкоз (C91.1);
- Состояния после трансплантации органов и (или) тканей (Z94.0; Z94.1; Z94.4; Z94.8);
- Детский церебральный паралич (G80);
- ВИЧ/СПИД, стадии 4Б и 4В, взрослые (B20 – B24);
- Перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции, дети (Z20.6).

Проведение сочетанных хирургических вмешательств

Перечень сочетанных (симультанных) хирургических вмешательств, выполняемых во время одной госпитализации, представлен в таблицах:

Уровень 1

Операция 1		**Операция 2**	
A16.01.031	Устранение рубцовой деформации	A16.01.017.001	Удаление доброкачественных новообразований кожи методом электрокоагуляции

[2] https://minzdrav.gov.ru/documents/9839-perechen-redkih-orfannyh-zabolevaniy

Операция 1		Операция 2	
A16.01.031	Устранение рубцовой деформации	A16.01.017	Удаление доброкачественных новообразований кожи
A16.01.013	Удаление сосудистой мальформации	A16.01.017	Удаление доброкачественных новообразований кожи
A16.01.013	Удаление сосудистой мальформации	A16.01.017.001	Удаление доброкачественных новообразований кожи методом электрокоагуляции
A16.18.027	Эндоскопическое электрохирургическое удаление новообразования толстой кишки	A16.19.017	Удаление полипа анального канала и прямой кишки
A16.18.027	Эндоскопическое электрохирургическое удаление новообразования толстой кишки	A16.19.003.001	Иссечение анальной трещины
A16.26.093	Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A16.26.073.003	Проникающая склерэктомия
A16.26.093.002	Факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы	A16.26.070	Модифицированная синустрабекулэктомия
A16.26.093.001	Факоэмульсификация с использованием фемтосекундного лазера	A16.26.070	Модифицированная синустрабекулэктомия
A16.26.049.008	Сквозная кератопластика	A16.26.092	Экстракапсулярная экстракция катаракты с имплантацией ИОЛ
A16.07.061.001	Хейлоринопластика (устранение врожденной расщелины верхней губы)	A16.07.042	Пластика уздечки верхней губы
A16.07.061.001	Хейлоринопластика (устранение врожденной расщелины верхней губы)	A16.07.044	Пластика уздечки языка

Операция 1		Операция 2	
А16.07.066	Уранопластика (устранение врожденной расщелины твердого и мягкого неба)	А16.07.042	Пластика уздечки верхней губы
А16.07.066	Уранопластика (устранение врожденной расщелины твердого и мягкого неба)	А16.07.044	Пластика уздечки языка
А16.30.014	Экстирпация срединных кист и свищей шеи	А16.01.018	Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки
А16.30.014	Экстирпация срединных кист и свищей шеи	А16.01.017	Удаление доброкачественных новообразований кожи
А16.30.015	Экстирпация боковых свищей шеи	А16.01.018	Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки
А16.30.015	Экстирпация боковых свищей шеи	А16.01.017	Удаление доброкачественных новообразований кожи
А16.07.016	Цистотомия или цистэктомия	А16.01.018	Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки
А16.01.031	Устранение рубцовой деформации	А16.01.018	Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки
А16.01.013	Удаление сосудистой мальформации	А16.01.018	Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки
А16.26.106	Удаление инородного тела, новообразования из глазницы	А16.26.111	Пластика века (блефаропластика) без и с пересадкой тканей
А16.07.016	Цистотомия или цистэктомия	А16.07.042	Пластика уздечки верхней губы

Операция 1		Операция 2	
A16.07.016	Цистотомия или цистэктомия	A16.07.043	Пластика уздечки нижней губы

Уровень 2

Операция 1		Операция 2	
A16.12.009	Тромбэндартерэктомия	A06.12.015	Ангиография бедренной артерии прямая, обеих сторон
A16.12.009.001	Тромбоэктомия из сосудистого протеза	A06.12.015	Ангиография бедренной артерии прямая, обеих сторон
A16.12.038.006	Бедренно - подколенное шунтирование	A06.12.015	Ангиография бедренной артерии прямая, обеих сторон
A16.12.008.001	Эндартерэктомия каротидная	A06.12.005	Ангиография внутренней сонной артерии
A16.12.038.008	Сонно-подключичное шунтирование	A06.12.007	Ангиография общей сонной артерии
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности	A16.30.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.003	Оперативное лечение околопупочной грыжи
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи

Операция 1		Операция 2	
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.003	Оперативное лечение околопупочной грыжи
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.003	Оперативное лечение околопупочной грыжи
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
A16.09.026.004	Пластика диафрагмы с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.16.006.001	Бужирование пищевода эндоскопическое
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
A16.20.032	Резекция молочной железы	A16.20.004	Сальпингэктомия лапаротомическая

Операция 1		Операция 2	
A16.20.032	Резекция молочной железы	A16.20.017	Удаление параовариальной кисты лапаротомическое
A16.20.032	Резекция молочной железы	A16.20.061	Резекция яичника лапаротомическая
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.041	Стерилизация маточных труб лапаротомическая
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.075	Перевязка маточных артерий
A16.20.063.001	Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.20.083	Кольпоперинеоррафия и леваторопластика
A16.16.033.001	Фундопликация лапароскопическая	A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая
A16.18.027	Эндоскопическое электрохирургическое удаление новообразования толстой кишки	A16.19.013	Удаление геморроидальных узлов
A16.28.071.001	Иссечение кисты почки лапароскопическое	A16.20.001.001	Удаление кисты яичника с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.21.002	Трансуретральная резекция простаты	A16.28.085	Трансуретральная эндоскопическая цистолитотрипсия
A16.26.111.001	Пластика верхних век без пересадки тканей чрескожным доступом	A16.26.041.001	Пластика конъюнктивальной полости с использованием свободного лоскута слизистой со щеки
A16.26.145	Пластика опорно-двигательной культи при анофтальме	A16.26.041.001	Пластика конъюнктивальной полости с использованием свободного лоскута слизистой со щеки
A16.19.013	Удаление геморроидальных узлов	A16.19.003.001	Иссечение анальной трещины

Операция 1		Операция 2	
A16.26.093	Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A16.26.069	Трабекулотомия
A16.26.093	Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A16.26.146	Реконструкция угла передней камеры глаза
A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи	A16.30.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи
A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки	A16.30.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи
A16.08.013.001	Пластика носовой перегородки с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.08.017.001	Гайморотомия с использованием видеоэндоскопических технологий

Операция 1		Операция 2	
A16.26.093	Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A16.26.115	Удаление силиконового масла (или иного высокомолекулярного соединения) из витреальной полости
A16.26.099	Эвисцерация глазного яблока	A16.26.041.001	Пластика конъюнктивальной полости с использованием свободного лоскута слизистой со щеки
A16.26.115	Удаление силиконового масла (или иного высокомолекулярного соединения) из витреальной полости	A16.26.094	Имплантация интраокулярной линзы
A16.12.019.001	Ревизия бедренных артерий	A16.12.028	Установка стента в сосуд
A16.12.019.001	Ревизия бедренных артерий	A16.12.026	Баллонная вазодилатация
A16.12.019.001	Ревизия бедренных артерий	A16.12.026.018	Баллонная ангиопластика подвздошной артерии
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с

Операция 1		Операция 2	
			использованием сетчатых имплантов
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов
A16.30.003	Оперативное лечение околопупочной грыжи	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи	A16.16.033.001	Фундопликация лапароскопическая
A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи	A16.09.026.004	Пластика диафрагмы с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.30.005.003	Устранение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с	A16.16.046.002	Лапароскопическая диафрагмокрурорафия

Операция 1		Операция 2	
	использованием видеоэндоскопических технологий		
A16.30.005.003	Устранение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.16.033.001	Фундопликация лапароскопическая
A16.20.043	Мастэктомия	A16.20.011.002	Тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) с придатками лапаротомическая
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.035	Миомэктомия (энуклеация миоматозных узлов) лапаротомическая
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.001	Удаление кисты яичника
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.061	Резекция яичника лапаротомическая
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.039	Метропластика лапаротомическая
A16.20.083	Кольпоперинеоррафия и леваторопластика	A16.20.042.001	Слинговые операции при недержании мочи
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.20.063.001	Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.18.009.001	Аппендэктомия с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.20.061.001	Резекция яичника с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.18.009	Аппендэктомия	A16.20.061	Резекция яичника лапаротомическая
A16.28.054	Трансуретральная уретеролитоэкстракция	A16.28.003.001	Лапароскопическая резекция почки
A16.26.093	Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A16.26.049	Кератопластика (трансплантация роговицы)

Операция 1		Операция 2	
A16.26.093	Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A16.26.087	Замещение стекловидного тела
A16.26.098	Энуклеация глазного яблока	A16.26.041.001	Пластика конъюнктивальной полости с использованием свободного лоскута слизистой со щеки
A16.26.115	Удаление силиконового масла (или иного высокомолекулярного соединения) из витреальной полости	A16.26.093.002	Факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы
A16.26.094	Имплантация интраокулярной линзы	A16.26.086.001	Интравитреальное введение лекарственных препаратов

Уровень 3

Операция 1		Операция 2	
А16.22.001	Гемитиреоидэктомия	А16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
А16.18.016	Гемиколэктомия правосторонняя	А16.14.030	Резекция печени атипичная
А16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов	А16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
А16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов	А16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
А16.26.093.002	Факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы	А16.26.049.005	Неавтоматизированная эндотекатопластика
А16.26.049.004	Послойная кератопластика	А16.26.093.002	Факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы
А16.26.089.002	Витреоэктомия задняя субтотальная закрытая	А16.26.093.002	Факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы

Уровень 4

Операция 1		Операция 2	
А16.09.026.004	Пластика диафрагмы с использованием видеоэндоскопических технологий	А16.16.032.002	Эндоскопическая кардиодилятация пищевода баллонным кардиодилятатором
А16.28.004.001	Лапароскопическая нефрэктомия	А16.21.002	Трансуретральная резекция простаты
А16.26.089.002	Витреоэктомия задняя субтотальная закрытая	А16.26.094	Имплантация интраокулярной линзы
А16.26.089.002	Витреоэктомия задняя субтотальная закрытая	А16.26.082	Круговое эпиклеральное пломбирование

Операция 1		Операция 2	
A16.12.011.008	Пластика глубокой бедренной артерии	A16.12.026	Баллонная вазодилатация
A16.26.093.001	Факоэмульсификация с использованием фемтосекундного лазера	A16.26.049.005	Неавтоматизированная эндотекатопластика
A16.26.093.001	Факоэмульсификация с использованием фемтосекундного лазера	A16.26.093.002	Факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы
A16.30.005.003	Устранение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.30.005.001	Пластика диафрагмы с использованием импланта
A16.20.014	Влагалищная тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) с придатками	A16.20.042.001	Слинговые операции при недержании мочи
A16.20.063.001	Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.20.042.001	Слинговые операции при недержании мочи
A16.26.049.004	Послойная кератопластика	A16.26.093.001	Факоэмульсификация с использованием фемтосекундного лазера
A16.12.009.001	Тромбоэктомия из сосудистого протеза	A16.12.026.018	Баллонная ангиопластика подвздошной артерии
A16.12.038.006	Бедренно - подколенное шунтирование	A16.12.026.018	Баллонная ангиопластика подвздошной артерии
A16.12.009.001	Тромбоэктомия из сосудистого протеза	A16.12.028	Установка стента в сосуд
A16.12.011.008	Пластика глубокой бедренной артерии	A16.12.028	Установка стента в сосуд

Операция 1		Операция 2	
A16.12.011.008	Пластика глубокой бедренной артерии	A16.12.026.018	Баллонная ангиопластика подвздошной артерии
A16.12.009	Тромбэндартерэктомия	A16.12.028	Установка стента в сосуд
A16.12.009	Тромбэндартерэктомия	A16.12.026.018	Баллонная ангиопластика подвздошной артерии
A16.12.038.006	Бедренно - подколенное шунтирование	A16.12.026.002	Баллонная ангиопластика подколенной артерии и магистральных артерий голени
A16.12.038.006	Бедренно - подколенное шунтирование	A16.12.026.004	Баллонная ангиопластика со стентированием подколенной артерии и магистральных артерий голени
A16.26.089.002	Витреоэктомия задняя субтотальная закрытая	A16.26.093.001	Факоэмульсификация с использованием фемтосекундного лазера

Проведение однотипных операций на парных органах

К данным операциям относятся операции на парных органах/частях тела, при выполнении которых необходимы в том числе дорогостоящие расходные материалы. Перечень хирургических вмешательств, при проведении которых одновременно на двух парных органах может быть применен КСЛП, представлен в таблицах:

Уровень 1

Код услуги	Наименование
A16.26.007	Пластика слезных точек и слезных канальцев
A16.26.019	Устранение эпикантуса
A16.26.020	Устранение энтропиона или эктропиона
A16.26.021	Коррекция блефароптоза

A16.26.021.001	Устранение птоза
A16.26.022	Коррекция блефарохалязиса
A16.26.023	Устранение блефароспазма
A16.26.028	Миотомия, тенотомия глазной мышцы
A22.26.004	Лазерная корепраксия, дисцизия задней капсулы хрусталика
A22.26.005	Лазерная иридэктомия
A22.26.006	Лазергониотрабекулопунктура
A22.26.007	Лазерный трабекулоспазис
A22.26.009	Фокальная лазерная коагуляция глазного дна
A22.26.010	Панретинальная лазерная коагуляция
A22.26.019	Лазерная гониодесцеметопунктура
A22.26.023	Лазерная трабекулопластика

Уровень 2

Код услуги	Наименование
A16.03.033.002	Наложение наружных фиксирующих устройств с использованием компрессионно-дистракционного аппарата внешней фиксации
A16.12.006	Разрез, иссечение и закрытие вен нижней конечности
A16.12.006.002	Подапоневротическая перевязка анастомозов между поверхностными и глубокими венами голени
A16.12.012	Перевязка и обнажение варикозных вен
A16.26.075	Склеропластика
A16.26.075.001	Склеропластика с использованием трансплантатов
A16.26.079	Реваскуляризация заднего сегмента глаза
A16.26.094	Имплантация интраокулярной линзы
A16.26.147	Ретросклеропломбирование

Уровень 3

Код услуги	Наименование
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности
A16.12.006.003	Диссекция перфорантных вен с использованием видеоэндоскопических технологий

A16.26.093.002	Факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы

Уровень 4

Код услуги	Наименование
A16.03.022.002	Остеосинтез титановой пластиной
A16.03.022.004	Интрамедуллярный стержневой остеосинтез
A16.03.022.005	Остеосинтез с использованием биодеградируемых материалов
A16.03.022.006	Интрамедуллярный блокируемый остеосинтез
A16.03.024.005	Реконструкция кости. Остеотомия кости с использованием комбинируемых методов фиксации
A16.03.024.007	Реконструкция кости. Корригирующая остеотомия при деформации стоп
A16.03.024.008	Реконструкция кости. Корригирующая остеотомия бедра
A16.03.024.009	Реконструкция кости. Корригирующая остеотомия голени
A16.03.024.010	Реконструкция кости при ложном суставе бедра
A16.04.014	Артропластика стопы и пальцев ноги
A16.12.008.001	Эндартерэктомия каротидная
A16.12.008.002	Эндартерэктомия каротидная с пластикой
A16.20.043.003	Мастэктомия радикальная с односторонней пластикой молочной железы с применением микрохирургической техники
A16.20.043.004	Мастэктомия расширенная модифицированная с пластическим закрытием дефекта грудной стенки
A16.20.047	Мастэктомия расширенная модифицированная с пластическим закрытием дефекта грудной стенки различными вариантами кожно-мышечных лоскутов
A16.20.048	Мастэктомия радикальная с реконструкцией TRAM-лоскутом

Уровень 5

Код услуги	Наименование
A16.20.032.007	Резекция молочной железы субтотальная с маммопластикой и эндопротезированием
A16.20.103	Отсроченная реконструкция молочной железы с использованием эндопротеза
A16.20.049.001	Мастэктомия радикальная по Маддену с реконструкцией кожно-мышечным лоскутом и эндопротезированием

Приложение 2

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ЗАТРАТОЕМКОСТИ К БАЗОВЫМ СТОИМОСТЯМ УСЛУГ ДИАЛИЗА (БЕЗ УЧЕТА КОЭФФИЦИЕНТА ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ)

№	Код услуги	Наименование услуги	Условия оказания	Единица оплаты	Коэффициент относительной затратоемкости
Услуги гемодиализа					
1	А18.05.002	Гемодиализ	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	1,00
2	А18.05.002.002	Гемодиализ интермиттирующий низкопоточный	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	1,00
3	А18.05.002.001	Гемодиализ интермиттирующий высокопоточный	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	1,05
4	А18.05.011	Гемодиафильтрация	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	1,08
5	А18.05.004	Ультрафильтрация крови	стационарно	услуга	0,92
6	А18.05.002.003	Гемодиализ интермиттирующий продленный	стационарно	услуга	2,76
7	А18.05.003	Гемофильтрация крови	стационарно	услуга	2,88
8	А18.05.004.001	Ультрафильтрация продленная	стационарно	услуга	2,51
9	А18.05.011.001	Гемодиафильтрация продленная	стационарно	услуга	3,01
10	А18.05.002.005	Гемодиализ продолжительный	стационарно	сутки	5,23
11	А18.05.003.002	Гемофильтрация крови продолжительная	стационарно	сутки	5,48

№	Код услуги	Наименование услуги	Условия оказания	Единица оплаты	Коэффициент относительной затратоемкости
12	А18.05.011.002	Гемодиафильтрация продолжительная	стационарно	сутки	5,73
Услуги перитонеального диализа					
13	А18.30.001	Перитонеальный диализ	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	день обмена	1,00
14	А18.30.001.001	Перитонеальный диализ проточный	стационарно	день обмена	4,92
15	А18.30.001.002	Перитонеальный диализ с использованием автоматизированных технологий	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	день обмена	1,24
16	А18.30.001.003	Перитонеальный диализ при нарушении ультрафильтрации	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	день обмена	1,09

Приложение 3

СРЕДНЕЕ КОЛИЧЕСТВО УЕТ В ОДНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ, ПРИМЕНЯЕМОЕ ДЛЯ ОБОСНОВАНИЯ ОБЪЕМА И СТОИМОСТИ ПОСЕЩЕНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Код услуги	**Наименование услуги**	**Число УЕТ**	
		взрослый прием	**детский прием**
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	0,35	0,35
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	0,61	0,61
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	0,76	0,76
B01.003.004.002	Проводниковая анестезия	0,96	0,96
B01.003.004.004	Аппликационная анестезия	0,31	0,31
B01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	0,5	0,5
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	0,93	0,93
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	0,75	0,75
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	0,75	0,75
A11.07. 026	Взятие образца биологического материала из очагов поражения органов рта	1,12	1,12
A11.01.019	Получение соскоба с эрозивно-язвенных элементов кожи и слизистых оболочек	1,12	1,12
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных препаратов в челюстно-лицевую область	1,1	1,1
A25.07.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов	0,25	0,25
A05.07.001	Электроодонтометрия зуба	0,42	0,42
B01.064.003	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный		1,95
B01.064.004	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный		1,37
B04.064.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского		1,19
B01.065.007	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный	1,68	1,95
B01.065.008	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога повторный	1,18	1,37
B04.065.005	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога	1,25	1,19

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
B01.065.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта первичный	1,68	
B01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	1,18	
B04.065.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта	1,25	
B01.065.003	Прием (осмотр, консультация) зубного врача первичный	1,68	1,95
B01.065.004	Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный	1,18	1,37
B04.065.003	Диспансерный прием (осмотр, консультация) зубного врача	1,25	1,19
B01.065.005	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического первичный	1,5	1,5
B01.065.006	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического повторный	0,9	0,9
A03.07.001	Люминесцентная стоматоскопия	0,63	0,63
A11.07.010	Введение лекарственных препаратов в пародонтальный карман	0,99	0,99
A11.07.022	Аппликация лекарственного препарата на слизистую оболочку полости рта	0,45	0,45
A16.07.051	Профессиональная гигиена полости рта и зубов[1]	2	2
A16.07.082	Сошлифовывание твердых тканей зуба	0,25	0,25
A11.07.023	Применение метода серебрения зуба	0,88	0,88
A15.07.003	Наложение лечебной повязки при заболеваниях слизистой оболочки полости рта и пародонта в области одной челюсти	2	2
A16.07.002.001	Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использованием стоматологических цементов[2]	1,53	1,53
A16.07.002.002	Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использование материалов химического отверждения[2]	1,95	1,95
A16.07.002.003	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием стоматологических цементов[2]	1,85	1,85
A16.07.002.004	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения[2]	2,5	2,5

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
А16.07.002.005	Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием стеклоиномерных цементов[2]	2,45	2,45
А16.07.002.006	Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения[2]	3,25	3,25
А16.07.002.007	Восстановление зуба пломбой из амальгамы I, V класс по Блэку[2]	1,95	1,95
А16.07.002.008	Восстановление зуба пломбой из амальгамы II класс по Блэку[2]	2,33	2,33
А16.07.002.010	Восстановление зуба пломбой I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров[2]	3,35	3,35
А16.07.002.011	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров[2]	3,75	3,75
А16.07.002.012	Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров[2]	4	4
А16.07.002.009	Наложение временной пломбы	1,25	1,25
А16.07.091	Снятие временной пломбы	0,25	0,25
А16.07.092	Трепанация зуба, искусственной коронки	0,48	0,48
А16.07.008.001	Пломбирование корневого канала зуба пастой	1,16	1,16
А16.07.008.002	Пломбирование корневого канала зуба гуттаперчивыми штифтами	1,7	1,7
А11.07.027	Наложение девитализирующей пасты	0,03	0,03
А16.07.009	Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы)	0,21	0,21
А16.07.010	Экстирпация пульпы	0,46	0,46
А16.07.019	Временное шинирование при заболеваниях пародонта[3]	1,98	1,98
А16.07.020.001	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба ручным методом[4]	0,32	0,32
А16.07.025.001	Избирательное полирование зуба	0,2	0,2
А22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба[4]	0,2	0,2
А16.07.030.001	Инструментальная и медикаментозная обработка хорошо проходимого корневого канала	0,92	0,92

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
A16.07.030.002	Инструментальная и медикаментозная обработка плохо проходимого корневого канала	1,71	1,71
A16.07.030.003	Временное пломбирование лекарственным препаратом корневого канала	0,5	0,5
A16.07.039	Закрытый кюретаж при заболеваниях пародонта в области зуба[4]	0,31	0,31
A16.07.082.001	Распломбировка корневого канала, ранее леченного пастой	2	2
A16.07.082.002	Распломбировка одного корневого канала ранее леченного фосфатцементом/резорцин-формальдегидным методом	3,55	3,55
B01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	1,4	1,4
B01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	1,08	1,08
A11.03.003	Внутрикостное введение лекарственных препаратов	0,82	0,82
A15.03.007	Наложение шины при переломах костей[5]	6,87	6,87
A15.03.011	Снятие шины с одной челюсти	1,43	1,43
A15.04.002	Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов	2,55	2,55
A15.07.001	Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) зубов	2,96	2,96
A11.07.001	Биопсия слизистой полости рта	1,15	1,15
A11.07.002	Биопсия языка	1,15	1,15
A11.07.005	Биопсия слизистой преддверия полости рта	1,15	1,15
A11.07.007	Биопсия тканей губы	1,15	1,15
A11.07.008	Пункция кисты полости рта	0,91	0,91
A11.07.009	Бужирование протоков слюнных желез	3,01	3,01
A11.07.013	Пункция слюнной железы	0,91	0,91
A11.07.014	Пункция тканей полости рта	0,91	0,91
A11.07.015	Пункция языка	0,91	0,91
A11.07.016	Биопсия слизистой ротоглотки	1,15	1,15
A11.07.018	Пункция губы	0,91	0,91
A11.07.019	Пункция патологического образования слизистой преддверия полости рта	0,91	0,91
A11.07.020	Биопсия слюнной железы	1,15	1,15
A15.01.003	Наложение повязки при операции в челюстно-лицевой области	1,06	1,06
A15.07.002	Наложение повязки при операциях в полости рта	1,06	1,06

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
А16.01.004	Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани[6]	1,3	1,3
А16.01.008	Сшивание кожи и подкожной клетчатки[7]	0,84	0,84
А16.07.097	Наложение шва на слизистую оболочку рта	0,84	0,84
А16.01.012	Вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса)	2	2
А16.01.016	Удаление атеромы	2,33	2,33
А16.01.030	Иссечение грануляции	2,22	2,22
А16.04.018	Вправление вывиха сустава	1	1
А16.07.095.001	Остановка луночного кровотечения без наложения швов методом тампонады	1,25	1,25
А16.07.095.002	Остановка луночного кровотечения без наложения швов с использованием гемостатических материалов	1	1
А16.07.001.001	Удаление временного зуба	1,01	1,01
А16.07.001.002	Удаление постоянного зуба	1,55	1,55
А16.07.001.003	Удаление зуба сложное с разъединением корней	2,58	2,58
А16.07.024	Операция удаления ретинированного, дистопированного или сверхкомплектного зуба	3	3
А16.07.040	Лоскутная операция в полости рта[8]	2,7	2,7
А16.07.007	Резекция верхушки корня	3,78	3,78
А16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления в полости рта	1	1
А16.07.012	Вскрытие и дренирование одонтогенного абсцесса	0,97	0,97
А16.07.013	Отсроченный кюретаж лунки удаленного зуба	1,03	1,03
А16.07.014	Вскрытие и дренирование абсцесса полости рта	2,14	2,14
А16.07.015	Вскрытие и дренирование очага воспаления мягких тканей лица или дна полости рта	2,41	2,41
А16.07.016	Цистотомия или цистэктомия	3,89	3,89
А16.07.017.002	Коррекция объема и формы альвеолярного отростка[9]	1,22	1,22
А16.07.026	Гингивэктомия	4,3	4,3
А16.07.089	Гингивопластика	4,3	4,3
А16.07.038	Открытый кюретаж при заболеваниях пародонта в области зуба[4]	1	1
А16.07.042	Пластика уздечки верхней губы	2,1	2,1
А16.07.043	Пластика уздечки нижней губы	2,1	2,1
А16.07.044	Пластика уздечки языка	1	1
А16.07.096	Пластика перфорации верхнечелюстной пазухи	4	4

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
A16.07.008.003	Закрытие перфорации стенки корневого канала зуба	1,8	1,8
A16.07.058	Лечение перикоронита (промывание, рассечение и/или иссечение капюшона)	1,04	1,04
A16.07.059	Гемисекция зуба	2,6	2,6
A11.07.025	Промывание протока слюнной железы	1,85	1,85
A16.22.012	Удаление камней из протоков слюнных желез	3	3
A16.30.064	Иссечение свища мягких тканей	2,25	2,25
A16.30.069	Снятие послеоперационных швов (лигатур)	0,38	0,38
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	1,5	1,5
A17.07.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов	1,5	1,5
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	0,5	0,5
A17.07.004	Ионофорез при патологии полости рта и зубов	1,01	1,01
A17.07.006	Депофорез корневого канала зуба	1,5	1,5
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта	2	2
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	1,67	1,67
A17.07.009	Воздействие электрическими полями при патологии полости рта и зубов	1	1
A17.07.010	Воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов	1	1
A17.07.011	Воздействие токами ультравысокой частоты при патологии полости рта и зубов	1,25	1,25
A17.07.012	Ультравысокочастотная индуктотермия при патологии полости рта и зубов	1,25	1,25
A20.07.001	Гидроорошение при заболевании полости рта и зубов	1,5	1,5
A21.07.001	Вакуум-терапия в стоматологии	0,68	0,68
A22.07.005	Ультрафиолетовое облучение ротоглотки	1,25	1,25
A22.07.007	Ультрафонофорез лекарственных препаратов на область десен	1	1
Ортодонтия			
B01.063.001	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта первичный		4,21
B01.063.002	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта повторный		1,38

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
B04.063.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта		1,69
A02.07.004	Антропометрические исследования		1,1
A23.07.002.027	Изготовление контрольной модели		2,5
A02.07.010.001	Снятие оттиска с одной челюсти		1,4
A02.07.010	Исследование на диагностических моделях челюстей		2
A23.07.001.001	Коррекция съемного ортодонического аппарата		1,75
A23.07.003	Припасовка и наложение ортодонтического аппарата		1,8
A23.07.001.002	Ремонт ортодонического аппарата		1,55
A23.07.002.037	Починка перелома базиса самотвердеющей пластмассой		1,75
A23.07.002.045	Изготовление дуги вестибулярной с дополнительными изгибами		3,85
A23.07.002.073	Изготовление дуги вестибулярной		2,7
A23.07.002.051	Изготовление кольца ортодонтического		4
A23.07.002.055	Изготовление коронки ортодонтической		4
A23.07.002.058	Изготовление пластинки вестибулярной		2,7
A23.07.002.059	Изготовление пластинки с заслоном для языка (без кламмеров)		2,5
A23.07.002.060	Изготовление пластинки с окклюзионными накладками		18,0
A16.07.053.002	Распил ортодонтического аппарата через винт		1
Профилактические услуги			
B04.064.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского		1,57
B04.065.006	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога	1,3	1,57
B04.065.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта	1,3	
B04.065.004	Профилактический прием (осмотр, консультация) зубного врача	1,3	1,3
A11.07.012	Глубокое фторирование эмали зуба	0,3	0,3
A11.07.024	Местное применение реминерализующих препаратов в области зуба[4]	0,7	0,7
A13.30.007	Обучение гигиене полости рта	0,87	0,87
A16.07.057	Запечатывание фиссуры зуба герметиком	1	1

Примечания:

[1] - одного квадранта
[2] - включая полирование пломбы
[3] - трех зубов
[4] - одного зуба
[5] - на одной челюсти
[6] - без наложения швов
[7] - один шов
[8] - в области двух-трех зубов
[9] - в области одного-двух зубов

Приложение 4

ПЕРЕЧЕНЬ КСГ, КОТОРЫЕ ПРЕДПОЛАГАЮТ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ИЛИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ

№ КСГ	**Наименование КСГ**
В стационарных условиях	
st02.003	Родоразрешение
st02.004	Кесарево сечение
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
st02.012	Операции на женских половых органах (уровень 3)
st02.013	Операции на женских половых органах (уровень 4)
st02.015	Операции на женских половых органах (уровень 5)
st02.016	Операции на женских половых органах (уровень 6)
st02.017	Операции на женских половых органах (уровень 7)
st02.014	Слинговые операции при недержании мочи
st09.001	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)
st09.002	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 2)
st09.003	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)
st09.004	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)
st09.005	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 1)
st09.006	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 2)
st09.007	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 3)
st09.008	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)
st09.009	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)
st09.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)
st09.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 7)
st10.001	Детская хирургия (уровень 1)
st10.002	Детская хирургия (уровень 2)
st10.003	Аппендэктомия, дети
st10.005	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)
st10.006	Операции по поводу грыж, дети (уровень 2)
st10.007	Операции по поводу грыж, дети (уровень 3)
st10.008	Другие операции на органах брюшной полости, дети
st13.002	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
st13.005	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
st13.007	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)

№ КСГ	Наименование КСГ
st13.008	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 1)
st13.009	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 2)
st13.010	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 3)
st14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
st14.003	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 3)
st14.004	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 4)
st15.015	Инфаркт мозга (уровень 2)
st15.016	Инфаркт мозга (уровень 3)
st16.007	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 1)
st16.008	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 2)
st16.009	Операции на периферической нервной системе (уровень 1)
st16.010	Операции на периферической нервной системе (уровень 2)
st16.011	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)
st18.002	Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа
st19.001	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.002	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.003	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3)
st19.004	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.005	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.006	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1)
st19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
st19.008	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3)
st19.009	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
st19.010	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
st19.011	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3)
st19.012	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 1)
st19.013	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 2)

№ КСГ	Наименование КСГ
st19.014	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1)
st19.015	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2)
st19.016	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы (уровень 1)
st19.017	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы (уровень 2)
st19.018	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1)
st19.019	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2)
st19.020	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3)
st19.021	Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости
st19.022	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях
st19.023	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.024	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.025	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1)
st19.026	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2)
st19.123	Прочие операции при ЗНО (уровень 1)
st19.124	Прочие операции при ЗНО (уровень 2)
st19.038	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
st19.104	Эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
st20.007	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)
st20.008	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
st20.009	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)

№ КСГ	Наименование КСГ
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st21.009	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
st21.010	Интравитреальное введение лекарственных препаратов
st21.011	Микроинвазивная субтотальная витрэктомия с субретинальным введением лекарственного препарата воретиген непарвовек (без учета стоимости лекарственного препарата) (только для федеральных медицинских организаций)
st24.004	Ревматические болезни сердца (уровень 2)
st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
st25.005	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 1)
st25.006	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 2)
st25.007	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 3)
st25.008	Операции на сосудах (уровень 1)
st25.009	Операции на сосудах (уровень 2)
st25.010	Операции на сосудах (уровень 3)
st25.011	Операции на сосудах (уровень 4)
st25.012	Операции на сосудах (уровень 5)
st25.013	Баллонная вазодилатация с установкой 1 стента в сосуд (сосуды) (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы)
st25.014	Баллонная вазодилатация с установкой 2 стентов в сосуд (сосуды) (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы)
st25.015	Баллонная вазодилатация с установкой 3 стентов в сосуд (сосуды) (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы)
st25.016	Баллонная вазодилатация с установкой 1 стента в сосуд (сосуды) (без подъема сегмента ST электрокардиограммы)
st25.017	Баллонная вазодилатация с установкой 2 стентов в сосуд (сосуды) (без подъема сегмента ST электрокардиограммы)
st25.018	Баллонная вазодилатация с установкой 3 стентов в сосуд (сосуды) (без подъема сегмента ST электрокардиограммы)
st25.019	Ишемическая болезнь сердца с установкой 1 стента в сосуд (сосуды)
st25.020	Ишемическая болезнь сердца с установкой 2 стентов в сосуд (сосуды)
st25.021	Ишемическая болезнь сердца с установкой 3 стентов в сосуд (сосуды)
st25.022	Имплантация частотно-адаптированного однокамерного кардиостимулятора
st25.023	Эндоваскулярная тромбэкстракция и стентирование брахиоцефальных артерий при остром ишемическом инсульте
st27.007	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2)
st27.009	Другие болезни сердца (уровень 2)
st28.002	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 1)

№ КСГ	Наименование КСГ
st28.003	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 2)
st28.004	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3)
st28.005	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)
st29.007	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)
st29.008	Эндопротезирование суставов
st29.009	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
st29.010	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)
st29.011	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)
st29.012	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)
st29.013	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)
st30.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
st30.007	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)
st30.008	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)
st30.009	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)
st30.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
st30.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
st30.012	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
st30.013	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 4)
st30.014	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
st30.015	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)
st30.016	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 7)
st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
st31.003	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)
st31.004	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)
st31.005	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 4)
st31.006	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 1)
st31.007	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 2)
st31.008	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 3)
st31.009	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)
st31.010	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)
st31.015	Остеомиелит (уровень 3)
st31.019	Операции на молочной железе (кроме злокачественных новообразований)
st32.001	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 1)
st32.002	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
st32.003	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 3)
st32.004	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)
st32.005	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 1)
st32.006	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)

№ КСГ	Наименование КСГ
st32.007	Панкреатит, хирургическое лечение
st32.008	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)
st32.009	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)
st32.010	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3)
st32.011	Аппендэктомия, взрослые
st32.013	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
st32.014	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
st32.015	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
st32.019	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 4)
st32.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
st32.017	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)
st32.018	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 3)
st32.020	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 4)
st32.021	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 5)
st33.005	Ожоги (уровень 3)
st33.006	Ожоги (уровень 4)
st33.007	Ожоги (уровень 5)
st33.008	Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
st34.003	Операции на органах полости рта (уровень 2)
st34.004	Операции на органах полости рта (уровень 3)
st34.005	Операции на органах полости рта (уровень 4)
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация
В условиях дневного стационара	
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds02.003	Операции на женских половых органах (уровень 1)
ds02.004	Операции на женских половых органах (уровень 2)
ds09.001	Операции на мужских половых органах, дети
ds09.002	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети
ds10.001	Операции по поводу грыж, дети
ds13.002	Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов
ds14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
ds14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
ds16.002	Операции на периферической нервной системе
ds18.003	Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа
ds19.016	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
ds19.017	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
ds19.028	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований

№ КСГ	Наименование КСГ
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)
ds20.004	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)
ds20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
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)
ds21.007	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
ds21.008	Интравитреальное введение лекарственных препаратов
ds25.001	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
ds25.002	Операции на сосудах (уровень 1)
ds25.003	Операции на сосудах (уровень 2)
ds28.001	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения
ds29.001	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
ds29.002	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)
ds29.003	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)
ds30.002	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
ds30.003	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)
ds30.004	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
ds30.005	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
ds30.006	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
ds31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
ds31.003	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)
ds31.004	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)
ds31.005	Операции на органах кроветворения и иммунной системы
ds31.006	Операции на молочной железе
ds32.001	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)
ds32.002	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)
ds32.003	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
ds32.004	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
ds32.005	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
ds32.006	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях
ds32.007	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
ds32.008	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)

№ КСГ	Наименование КСГ
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
ds34.003	Операции на органах полости рта (уровень 2)

Приложение 5

ПЕРЕЧЕНЬ КСГ, ПРИ ОПЛАТЕ ПО КОТОРЫМ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ КОЭФФИЦИЕНТ УРОВНЯ (ПОДУРОВНЯ) МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

№ КСГ	Наименование КСГ
Круглосуточный стационар	
st01.001	Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода
st02.002	Беременность, закончившаяся абортивным исходом
st02.006	Послеродовой сепсис
st02.012	Операции на женских половых органах (уровень 3)
st03.002	Ангионевротический отек, анафилактический шок
st04.001	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
st09.003	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)
st09.004	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)
st09.008	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)
st09.009	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)
st09.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)
st10.003	Аппендэктомия, дети
st10.005	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)
st14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
st15.005	Эпилепсия, судороги (уровень 1)
st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)
st16.003	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии
st16.005	Сотрясение головного мозга
st16.010	Операции на периферической нервной системе (уровень 2)
st16.011	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)
st20.008	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
st20.009	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st21.009	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
st27.001	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
st27.003	Болезни желчного пузыря

№ КСГ	Наименование КСГ
st27.005	Гипертоническая болезнь в стадии обострения
st27.006	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1)
st27.010	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания
st28.004	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3)
st28.005	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)
st29.002	Переломы шейки бедра и костей таза
st29.003	Переломы бедренной кости, другие травмы области бедра и тазобедренного сустава
st29.004	Переломы, вывихи, растяжения области грудной клетки, верхней конечности и стопы
st29.005	Переломы, вывихи, растяжения области колена и голени
st29.012	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)
st29.013	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)
st30.004	Болезни предстательной железы
st30.008	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)
st30.009	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)
st30.015	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)
st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
st31.009	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)
st31.010	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)
st31.012	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей
st31.018	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы
st32.004	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)
st32.010	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3)
st32.011	Аппендэктомия, взрослые
st32.013	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
st32.014	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
st32.015	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация
st36.024	Радиойодтерапия
st36.027	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (инициация или замена)
st36.028	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 1)

№ КСГ	Наименование КСГ
st36.029	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 2)
st36.030	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 3)
st36.031	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 4)
st36.032	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 5)
st36.033	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 6)
st36.034	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 7)
st36.035	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 8)
st36.036	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 9)
st36.037	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 10)
st36.038	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 11)
st36.039	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 12)
st36.040	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 13)
st36.041	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 14)
st36.042	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 15)
st36.043	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 16)
st36.044	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 17)
st36.045	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 18)
st36.046	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 19)
st36.047	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 20)
st36.049	Госпитализация маломобильных граждан в целях прохождения диспансеризации, первый этап (второй этап при наличии показаний)
st37.004	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (6 баллов по ШРМ)
st37.024	Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы

№ КСГ	Наименование КСГ
st37.025	Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы
st37.026	Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы и с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (сестринский уход)

Указанный перечень является исчерпывающим. Субъект Российской Федерации вправе самостоятельно определять подобный перечень для КСГ в дневном стационаре, за исключением КСГ, относящихся к профилю «Детская онкология» и «Онкология» (для данных КСГ обязательно применение КУС в случае использования КУС в условиях дневного стационара).

Приложение 6

РАСШИФРОВКА КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЛЯ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

Файл
«Расшифровка групп КС 2026.xlsx»
(размещен в электронном виде на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования в сети Интернет в разделе «Документы»)

Приложение 7

РАСШИФРОВКА КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЛЯ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Файл
«Расшифровка групп ДС 2026.xlsx»
(размещен в электронном виде на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования в сети Интернет в разделе «Документы»)

Приложение 8

1. СПРАВОЧНИКИ РАСШИФРОВКИ ГРУПП

Файлы «Расшифровка групп», являющие Приложением 6 и 7 к настоящим рекомендациям, имеют одинаковую структуру и состоят из следующих листов, содержащих соответствующие справочники:

- «КСГ» – перечень КСГ и коэффициенты относительной затратоемкости в соответствии с Перечнем;
- «МКБ 10» – справочник кодов МКБ 10 с указанием для каждого кода, включенного в группировку, номеров КСГ, к которым может быть отнесен данный код диагноза;
- «Номенклатура» – справочник кодов Номенклатуры с указанием для каждого кода услуги, включенного в группировку, номеров КСГ, к которым может быть отнесен данный код;
- «Онкология, схемы ЛТ» – справочник схем лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) с указанием для каждой схемы номера КСГ, к которой может быть отнесен случай госпитализации с применением данной схемы;

«ХВГ, схемы ЛТ» – справочник схем лекарственной терапии при хронических вирусных гепатитах С и В с дельта агентом (D) с указанием для каждой схемы номера КСГ, к которой может быть отнесен случай госпитализации с применением данной схемы;

- «ГИБП, схемы ЛТ» – справочник схем лекарственной терапии с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ с указанием для каждой схемы номера КСГ, к которой может быть отнесен случай госпитализации с применением данной схемы;
- «АМТ, схемы ЛТ» - справочник схем лекарственной терапии с применением антимикробных или антимикотических препаратов с указанием для каждой схемы номера КСГ, к которой может быть отнесен случай госпитализации с применением данной схемы;
- «МНН ЛП» – справочник МНН лекарственных препаратов (сочетания МНН лекарственных препаратов) с указанием для каждой позиции номеров КСГ, к которым может быть отнесен случай госпитализации с применением данного МНН лекарственного препарата (сочетания МНН лекарственных препаратов);
- «ДКК» – справочник кодов иных классификационных критериев (в дополнение к справочникам «Онкология, схемы ЛТ», «ХГС, схемы ЛТ», «ГИБП, схемы ЛТ» и «МНН ЛП», используемых для отнесения случая госпитализации к определенным КСГ;

- «Группировщик» – таблица, определяющая однозначное отнесение каждого пролеченного случая к конкретной КСГ на основании всех возможных комбинаций классификационных критериев;
- «Группировщик детальный» – таблица, соответствующая листу «Группировщик», с расшифровкой кодов основных справочников;
- «Структура справочников» – таблица, определяющая названия столбцов всех листов файла, а также обозначения кодов, вводимых в файле в дополнение к кодам основных справочников.

1.1. Справочник КСГ

В файле MS Excel «Расшифровка групп» на листе «КСГ» содержится перечень КСГ и коэффициенты относительной затратоемкости в соответствии с Перечнем в следующем формате:

Структура справочника «КСГ»
(лист «КСГ» файла «Расшифровка групп»):

Наименование столбца	Описание	Примечание
КСГ	Номер КСГ	В соответствии с Приложением №4 к Программе
Наименование КСГ	Наименование КСГ	
КЗ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ	
Код профиля	Код профиля	
Профиль	Наименование профиля	Наименование клинико-профильной группы заболеваний в соответствии с Приложением 4 к Программе
Доля з/п и прочих расходов	Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ	Установлено Приложением 4 к Программе

1.2. Справочник МКБ 10

В файле MS Excel «Расшифровка групп» на листе «МКБ 10» содержится справочник МКБ 10, в котором каждому диагнозу соответствуют номера КСГ, к которым может быть отнесен случай госпитализации с данным диагнозом.

Структура справочника «МКБ 10»
(лист «МКБ 10» файла «Расшифровка групп»):

Наименование столбца	Описание	Примечание
Код по МКБ 10	Код диагноза в соответствии с МКБ 10	
Диагноз	Наименование диагноза	
КСГ1..n	Номера КСГ, к которым может быть отнесен диагноз	
Использовано в КСГ	Признак использования кода в качестве критерия группировки КСГ	«True/ИСТИНА» – код диагноза используется в группировке КСГ

Внимание: *в ряде случаев, когда коды МКБ 10, одинаковые по трем первым знакам, могут попадать в разные КСГ в зависимости от знака после точки, ввод трехзначных кодов не допускается (данные коды исключены из группировки). Необходимо принять меры к использованию полного кода диагноза, включая знаки после точки.*

1.3. Справочник Номенклатуры

В файле MS Excel «Расшифровка групп» на листе «Номенклатура» содержится справочник кодов Номенклатуры, с указанием для каждого кода услуги, включенной в группировку, номеров КСГ, к которым может быть отнесен данный код. Справочник Номенклатуры представлен разделом А16 в полном объеме, с некоторыми исключениями, а также отдельными кодами из других разделов.

Структура справочника «Номенклатура»
(лист «Номенклатура» файла «Расшифровка групп»):

Наименование столбца	Описание	Примечание
Код услуги	Код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии в соответствии с Номенклатурой	

Наименование услуги	Наименование хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии	
КСГ1..n	Номера КСГ, к которым может быть отнесен диагноз	
Использовано в КСГ	Признак использования кода в качестве критерия группировки КСГ	«True/ИСТИНА» – код услуги используется в группировке КСГ

1.4. Справочник схем лекарственной терапии для онкологии

В файле MS Excel «Расшифровка групп» на листе ««Онкология, схемы ЛТ» содержится справочник схем лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), в котором каждой схеме соответствуют номера КСГ, к которым относится случай госпитализации с применением данной схемы.

В таблице приведен перечень элементов и описание состава справочника «Онкология, схемы ЛТ»:

Таблица – Структура справочника «Онкология, схемы ЛТ» (лист «Онкология, схемы ЛТ» файла «Расшифровка групп»)

№ п\п	Наименование столбца	Описание	Примечание
1	Код схемы	Код схемы лекарственной терапии	Значения sh0001-sh9003
2	МНН лекарственных препаратов	МНН лекарственных препаратов, входящих в состав схемы	
3	Наименование и описание схемы	Длительность цикла лекарственной терапии, режим дозирования и способ введения лекарственных препаратов	
4	Количество дней введения в тарифе	Количество дней введения лекарственных препаратов, оплачиваемых по КСГ	
5	КСГ	Номер КСГ, к которой может быть отнесена схема лекарственной терапии	
6	Использовано в КСГ	Признак использования кода в качестве критерия группировки КСГ	«True/ИСТИНА» – код услуги используется в группировке КСГ

В **первом столбце** справочника приведен код схемы лекарственной терапии, который используется в группировщике для отнесения случаев

лечения с применением данной схемы к конкретным КСГ. Перечень схем лекарственной терапии, включенных в группировщик, сформирован путем извлечения данных из соответствующих разделов клинических рекомендаций, размещенных в рубрикаторе Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Во **втором столбце** приведены лекарственные препараты, входящие в состав лекарственной терапии злокачественных новообразований, применение которых оплачивается в рамках одной КСГ. Часть схем включает монотерапию (применение одного лекарственного препарата), а часть – комбинированную терапию (применение двух и более препаратов). Лекарственные препараты, входящие в состав комбинированных схем терапии, приведены перечислением через знак «+».

Например:

- схема sh0001 «Абиратерон» – подразумевает применение одного препарата (монотерапия);

- схема sh0179 «Трастузумаб» – подразумевает применение одного препарата (монотерапия);

- схема sh0130 «Кальция фолинат + оксалиплатин + фторурацил» – подразумевает комбинированную терапию (препаратами, входящими в состав схемы FOLFOX 4);

- схема sh0144 «Карбоплатин + паклитаксел» – подразумевает комбинированную терапию препаратами, входящими в состав схемы, не имеющей общепринятой аббревиатуры.

Также через «+» приведены препараты, не входящие в состав одной схемы лекарственной терапии, но применяющиеся одновременно.

Например:

- схема sh0002: «Абиратерон + бусерелин»;

- схема sh0169: «Бусерелин + тамоксифен».

В **третьем столбце** приведено краткое описание схемы.

В целях настоящих Рекомендаций под циклом химиотерапии понимается введение химиотерапевтических препаратов в рамках определенной схемы химиотерапии. В цикле присутствуют «дни введения» и «дни отдыха». Под курсом химиотерапии понимается последовательное неоднократное применение циклов. При этом первый день последующего цикла начинается сразу после последнего дня предыдущего.

Краткое описание схемы приведено с целью идентификации и правильного кодирования схемы лекарственной терапии ЗНО с последующим отнесением каждого случая лечения с применением данной схемы к конкретной КСГ.

Соответственно, в описание всех схем включены доза лекарственного препарата, длительность цикла и дни введения. В описание некоторых схем включено указание пути введения. Эти признаки позволяют, в частности, дифференцировать схемы, включающие одни и те же лекарственные препараты, но в разных дозах, или с разным путем введения, или с разной длительностью цикла.

При снижении дозы химиотерапевтических препаратов и/или изменении дней введения (увеличение интервала между введениями) по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» кодируется схема, указанная в группировщике, при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации:

- снижение дозы произведено в соответствии с инструкцией к химиотерапевтическому препарату в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;
- изменение дней введения (увеличение интервала между введениями) произведено в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

При соблюдении вышеуказанных условий снижение дозы и/или увеличение интервала между введениями оплачивается по коду основной схемы лекарственной терапии.

Также в описание включено принятое сокращенное название схемы - при наличии.

Например:

Схема sh0018

Наименование схемы: «Блеомицин + цисплатин + этопозид».

Описание схемы: «BEP: блеомицин 30 мг в 1-й, 3-й, 5-й дни + этопозид 100 мг/м² в 1-5-й дни + цисплатин 20 мг/м² в 1-5-й дни; цикл 21 день». В описании указаны:

- сокращенное наименование схемы (BEP),

- доза препаратов и дни, в которые производится введение (блеомицин 30 мг в 1-й, 3-й, 5-й дни; этопозид 100 мг/м² в 1-5-й дни; цисплатин 20 мг/м² в 1-5-й дни);

- длительность цикла – 21 день.

Описание схем в справочнике не может служить заменой сведениям, изложенным в клинических рекомендациях, и инструкциям к лекарственным препаратам, и предназначено не для информирования медицинских работников о возможных вариантах лечения, а для идентификации проведенного лечения в целях его корректного кодирования.

В **четвертом столбце** приводится количество дней введения лекарственных препаратов, включенных в тариф, то есть в один законченный случай лечения.

Количество дней введения определено на основе режима дозирования схемы, указанной в столбце «Наименование и описание схемы».

Например:

Схема sh0018 «Блеомицин + цисплатин + этопозид».

Описание схемы: «BEP: Блеомицин 30 мг в 1-й, 3-й, 5-й дни + этопозид 100 мг/м² в 1-5-й дни + цисплатин 20 мг/м² в 1-5-й дни; цикл 21 день»

Как следует из описания схемы, лекарственные препараты вводятся с первого по пятый дни каждые 21 день, соответственно, количество дней введения – 5.

Количество дней введения не равно длительности госпитализации: больной может находится в стационаре как до введения лекарственных препаратов, так и после него, например, в связи с развитием нежелательных явлений на фоне лечения.

В справочнике схем лекарственной терапии ряд схем имеют одинаковое описание, но разное количество дней введения в тарифе.

Например:

Схема sh0027 «Винорелбин + трастузумаб». Описание схемы: Винорелбин 25 мг/м² в 1-й, 8-й дни + трастузумаб 6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) в 1-й день; цикл 21 день. Количество дней введения в тарифе – 1.

Схема sh0027.1 «Винорелбин + трастузумаб». Описание схемы: Винорелбин 25 мг/м² в 1-й, 8-й дни + трастузумаб 6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) в 1-й день; цикл 21 день. Количество дней введения в тарифе – 2.

Из различий в количестве дней введения в тарифе следует, что стоимость схемы sh0027 рассчитана исходя из одного введения лекарственных средств в рамках одной госпитализации, а стоимость схемы sh0027.1 включает стоимость всех введений лекарственных препаратов, включенных в цикл, в рамках одной госпитализации. Таким образом, предусмотрено два варианта оплаты одной схемы лечения – за введение и за весь цикл.

При этом наличие возможности оплаты за весь цикл (выделение схем с точкой в коде) предусмотрено только для схем, предусматривающих перерыв между введениями лекарственных препаратов, во время которого пациент может нуждаться в круглосуточном либо в ежедневном наблюдении.

В **пятом столбце** указан номер КСГ, к которому относится случай с применением каждой схемы.

1.5. Справочник схем лекарственной терапии при хронических вирусных гепатитах С и В с дельта агентом (D)

В файле MS Excel «Расшифровка групп» на листе «ХВГ, схемы ЛТ» содержится справочник схем лекарственной терапии при хронических вирусных гепатитах С и В с дельта агентом (D) (далее - ХВГ), в котором

каждой схеме соответствуют номера КСГ, к которым относится случай госпитализации с применением той или иной схемы лечения.

В таблице приведен перечень элементов и описание состава справочника «ХВГ, схемы ЛТ»:

Таблица – Структура справочника «ХВГ, схемы ЛТ» (лист «ХВГ, схемы ЛТ» файла «Расшифровка групп»)

№ п\п	Наименование столбца	Описание	Примечание
1	Код схемы	Код схемы лекарственной терапии	Значения thc01-thc18, thbd1-thbd3
2	МНН лекарственных препаратов	МНН лекарственных препаратов, входящих в состав схемы	
3	Наименование и описание схемы	Режим дозирования и способ введения лекарственных препаратов	
4	Количество дней введения в тарифе	Количество дней введения лекарственных препаратов, оплачиваемых по КСГ	
5	КСГ	Номер КСГ, к которой может быть отнесена схема лекарственной терапии	
6	Использовано в КСГ	Признак использования кода в качестве критерия группировки КСГ	«True/ИСТИНА» – код услуги используется в группировке КСГ

В **первом столбце** справочника приведен код схемы лекарственной терапии, который используется в группировщике для отнесения случаев лечения с применением данной схемы к конкретным КСГ. Перечень схем лекарственной терапии, включенных в группировщик, сформирован путем извлечения данных из соответствующих разделов клинических рекомендаций, размещенных в рубрикаторе Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Во **втором столбце** приведены лекарственные препараты, входящие в состав лекарственной терапии ХВГ, применение которых оплачивается в рамках одной КСГ. Все схемы представляют собой комбинированную терапию (применение двух и более препаратов), где входящие в них лекарственные препараты приведены перечислением через знак «+». При этом фиксированные комбинированные противовирусные препараты прямого действия (далее – ППРД) взяты в квадратные скобки («[ ]»).

Например:

- схема thc02: «[велпатасвир + софосбувир] + рибавирин», где [велпатасвир + софосбувир] – фиксированные комбинированные ПППД.

В **третьем столбце** приведено краткое описание схемы с целью идентификации и правильного кодирования схемы лекарственной терапии ХВГ с последующим отнесением каждого случая лечения с применением данной схемы к конкретной КСГ.

В описание всех схем включены доза и режим дозирования лекарственного препарата, в описание некоторых схем также включено указание лекарственной формы препарата.

Например:

1. Схема thc03

Наименование схемы: «[глекапревир + пибрентасвир]».

Описание схемы: «[Глекапревир + пибрентасвир] таблетки, покрытые пленочной оболочкой 300 мг + 120 мг (3 таблетки по 100 мг + 40 мг) 1 раз в сутки». В описании указаны:

- доза препаратов и режим дозирования (300 мг + 120 мг (3 таблетки по 100 мг + 40 мг) 1 раз в сутки);

- лекарственная форма препаратов (таблетки, покрытые пленочной оболочкой).

2. Схема thbd1

Наименование схемы: «булевиртид».

Описание схемы: «Булевиртид лиофилизат для приготовления раствора для подкожного введения 2 мг 1 раз в сутки». В описании указаны: лекарственная форма препарата (лиофилизат), доза препарата (2 мг), путь введения (подкожно) и режим дозирования (1 раз в сутки);

Описание схем в справочнике не может служить заменой сведениям, изложенным в клинических рекомендациях, и инструкциям к лекарственным препаратам, и предназначено не для информирования медицинских работников о возможных вариантах лечения, а для идентификации проведенного лечения в целях его корректного кодирования.

В **четвертом столбце** приводится количество дней введения лекарственных препаратов, включенных в тариф, то есть в один законченный случай лечения.

Для всех схем лекарственной терапии при ХВГ, включенных в настоящие Рекомендации, установлено количество дней введения в тарифе (данные схемы подлежат оплате в рамках специально выделенных КСГ только в условиях дневного стационара).

В **пятом столбце** указан номер КСГ, к которому относится случай с применением каждой схемы.

1.6. Справочник МНН лекарственных препаратов

В файле MS Excel «Расшифровка групп» на листе «МНН ЛП» содержится справочник МНН лекарственных препаратов (сочетаний МНН лекарственных препаратов), влияющих на отнесение к ряду КСГ:

проведение тромболитической терапии при инфаркте миокарда и легочной эмболии (st13.008-st13.010);

лекарственная терапия с применением отдельных препаратов при ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей (st19.097-st19.102, ds19.071-ds19.078);

лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (st19.084-st19.089, ds19.058-ds19.062);

В таблице приведен перечень элементов и описание состава справочника «МНН ЛП»:

Таблица – Структура справочника «МНН ЛП»
(лист «МНН ЛП» файла «Расшифровка групп»)

Наименование столбца	Описание	Примечание
Код МНН	Код МНН лекарственных препаратов (сочетания МНН лекарственных препаратов)	Значения mt001-mt024, flt1-flt5, gemop1- gemop29,
МНН лекарственных препаратов	Международное непатентованное наименование лекарственных препаратов	
КСГ1…n	Номера КСГ, к которым может быть отнесена схема лекарственной терапии	
Использовано в КСГ	Признак использования кода в качестве критерия группировки КСГ	«True/ИСТИНА» – код услуги используется в группировке КСГ

1.8. Справочник иных классификационных критериев

В файле MS Excel «Расшифровка групп» на листе «ДКК» содержится справочник иных классификационных критериев (в дополнение к справочникам «Онкология, схемы ЛТ» «ХГС, схемы ЛТ», «ГИБП, схемы ЛТ» и «МНН ЛП»), используемых для формирования отдельных КСГ, с указанием соответствующих КСГ для каждого классификационного критерия.

В таблице приведен перечень элементов и описание состава справочника «ДКК»:

Структура справочника «ДКК»
(лист «ДКК» файла «Расшифровка групп»)

Наименование столбца	Описание	Примечание
Код ДКК	Код иного классификационного критерия	Значения amt050-amt195, bt1-bt3, derm1-derm9, ep1-ep3, gem, irs1-irs2, it1-it2, ivf1-ivf7, mgi, ftg, lgh1-lgh12, olt, plt, rb2-rb6, rbb2-rbb3, rbpt, rb2cov-rb5cov, rb4d12, rb4d14, rb5d18, rb5d20, rbb4d14, rbb5d20, rbbp4-rbbp5, rbbprob4-rbbprob5, rbbrob4d14, rbbrob5d20, rbp4-rbp5, rbprob4-rbprob5, rbps5, rbrob4d12, rbrob4d14, rbrob5d18, rbrob5d20, ykur1-ykur4, ykur3d12, ykur4d18, rbs, stt1-stt5, in, inc, kudi
Наименование ДКК	Наименование иного классификационного критерия	
КСГ1…n	Номера КСГ, к которым может быть отнесен случай с применением иного классификационного критерия	
Использовано в КСГ	Признак использования кода в качестве критерия группировки КСГ	«True/ИСТИНА» – код услуги используется в группировке КСГ

2. ОПИСАНИЕ ЛОГИЧЕСКОЙ СХЕМЫ ГРУППИРОВЩИКА КСГ

2.1. Таблицы «Группировщик» и «Группировщик детальный»

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

«Группировщик» позволяет каждый случай в реестре пролеченных больных, оплата которого производится в рамках системы КСГ, отнести к определенной группе на основании классификационных критериев, которые соответствуют этому случаю. С помощью данной таблицы осуществляется отнесение случаев ко всем КСГ, кроме КСГ st29.007 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)», алгоритм формирования которой описан в разделе «Особенности формирования отдельных КСГ».

Таблица «Группировщик» состоит из столбцов, каждый из которых содержит значение, соответствующее одному классификационному критерию.

Структура таблицы «Группировщик»
(лист «Группировщик» файла «Расшифровка групп»):

Наименование столбца	**Описание**	**Источник данных и связь с другими справочниками**
Код по МКБ-10	Код основного диагноза по МКБ-10	Столбец «Код по МКБ-10» справочника «МКБ-10»
Код по МКБ-10 (2)	Код дополнительного диагноза по МКБ-10	Столбец «Код по МКБ-10» справочника «МКБ-10»
Код по МКБ-10 (3)	Код диагноза осложнения по МКБ-10	Столбец «Код по МКБ-10» справочника «МКБ-10»
Код услуги	Код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии в соответствии с Номенклатурой	Столбец «Код услуги» справочника «Номенклатура»
Возраст	Возрастная категория пациента	Справочник возрастных категорий (приведен далее)
Пол	Пол пациента	1 – мужской, 2 – женский
Длительность	Длительность пребывания, дней	1 – пребывание до 3 дней включительно, 2 – от 4 до 10 дней включительно, 3 – от 11 до 20 дней включительно, 4 – от 21 до 30 дней включительно, 5 – 30 дней
Диапазон фракций	Диапазон количества дней проведения лучевой терапии (количества фракций)	fr01-05 – количество фракций от 1 до 5 включительно; fr06-07 – количество фракций от 6 до 7 включительно; fr08-10 – количество фракций от 8 до 10 включительно; fr11-20 – количество фракций от 11 до 20 включительно; fr21-29 – количество фракций от 21 до 29 включительно; fr30-32 – количество фракций от 30 до 32 включительно; fr33-99 – количество фракций от 33 включительно и более
Иной классификационный критерий	Иные классификационные критерии, представленные в справочниках "Онкология, схемы	Значения в соответствии со справочниками схем лекарственной терапии (лист

Наименование столбца	Описание	Источник данных и связь с другими справочниками
	ЛТ", "ХГС, схемы ЛТ", "ГИБП, схемы ЛТ", "МНН ЛП" и "ДКК"	«Онкология, схемы ЛТ», «ХГС, схемы ЛТ», «ГИБП, схемы ЛТ»), МНН лекарственных препаратов (лист «МНН ЛП») и дополнительных классификационных критериев (лист «ДКК»)
КСГ	Номер КСГ, к которой относится случай	Столбец «КСГ» справочника КСГ

Внимание: *если в таблице не содержится значения в соответствующем столбце, то данный классификационный критерий не влияет на группировку.*

Пример из таблицы «Группировщик»:

Код по МКБ 10	Код по МКБ 10 (2)	Код по МКБ 10 (3)	Код услуги	Воз-раст	Пол	Длитель-ность	КСГ
	P05.0		A16.19.010	2			st10.002
	P05.2		A16.19.010	2			st10.002
	P07.3		A16.19.010	2			st10.002
T24.2	T32.6						st33.004
T30.2	T32.1						st33.004
I.			A06.10.006			1	st25.004
S30.2					2		st02.009
T19.8					1		st30.005
C00-C80			A16.20.004.001				st19.002
C.		D70					st19.037

2.2. Справочник категорий возраста (столбец «Возраст» группировщика)

Код	Диапазон возраста
1	от 0 до 28 дней
2	от 29 до 90 дней
3	от 91 дня до 1 года
4	от 0 дней до 2 лет
5	от 0 дней до 18 лет
6	старше 18 лет
7	от 0 до 21 года

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

1-й аспект применения: диапазоны 1-3 используются для классификации случаев в КСГ st10.001 «Детская хирургия (уровень 1)», КСГ st10.002 «Детская хирургия (уровень 2)» и st17.003 «Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций»:

- при возрасте ребенка до 28 дней (код 1) случаи классифицируются в КСГ st10.002 или st17.003 по соответствующему коду номенклатуры, независимо от кода диагноза;

- если ребенок родился маловесным, то ***по тем же кодам номенклатуры*** случай классифицируется в КСГ st10.002 или st17.003 при возрасте ***до 90 дней (код 2)***. При этом, признаком маловесности служит соответствующий код МКБ 10 (P05-P07), который используется как дополнительный диагноз (Код по МКБ 10 (2). В столбце «основной диагноз» может быть указан любой диагноз, ***который является основным поводом для госпитализации и проведения соответствующего хирургического вмешательства***;

- при возрасте ***от 91 дня до 1 года (код 3)***, независимо от диагноза, случай классифицируется в КСГ st10.001 по коду номенклатуры.

Также код возраста 1 в сочетании с определенными диагнозами МКБ-10 применяется для отнесения случаев лечения к КСГ st17.005 «Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 1)», КСГ st17.006 «Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 2)» и КСГ st17.007 «Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 3)». Например, диагноз J20.6 «Острый бронхит, вызванный риновирусом» при отсутствии дополнительного кода возраста 1 (дети до 28 дней) относится к КСГ st27.010 «Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания», при наличии кода 1 – к КСГ st17.007 «Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 3)».

2-й аспект применения: диапазон возраста 4 используется для классификации случаев в КСГ st36.025 и ds36.012 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)», а также st36.026 и ds36.013 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)» в сочетании с кодом основного либо дополнительного диагноза Z25.8 «Необходимость иммунизации против другой уточненной одной вирусной болезни» и иным классификационным критерием «irs1» либо «irs2». В данном случае возникает ситуация, при которой иной классификационный критерий конкретизирует диапазон возраста.

3-й аспект применения: диапазоны возраста 5-6 используются для классификации случаев в большое количество «детских» и «взрослых» групп. При этом, ***если случай хирургического вмешательства ребенку до одного года может быть классифицирован в КСГ st10.001 или КСГ st10.002 (приоритет), он классифицируется в эти группы***. Во всех остальных случаях классификация осуществляется в соответствующие КСГ с применением кодов возраста 5-6.

4-й аспект применения: диапазон возраста 7 используется для классификации случаев в КСГ st08.001 и ds08.001 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети», st08.002 и ds08.002 «Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети», а также st08.003 и ds08.003 «Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети» на основании сочетания услуги A25.30.014 «Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у детей» и определенных основных диагнозов МКБ-10.

2.3. Особенности использования неполного кода МКБ-10

В Группировщике используется обозначение неполного кода МКБ-10 со знаком «.» (C., I.), это означает, что могут использоваться любые знаки после точки. Так, например, запись C. в КСГ st36.012 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения» означает, что при любом диагнозе класса «C» в отсутствие иных классификационных критериев случай относится к указанной КСГ. Аналогичным образом в КСГ st25.004 «Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы» запись I. означает, что случай лечения с любым диагнозом соответствующего класса МКБ-10 при проведении инструментальных диагностических исследований и при длительности госпитализации менее 3 дней включительно относится к данной КСГ.

2.4. Особенности использования диапазона кодов МКБ-10

В Группировщике используется обозначение диапазона кодов МКБ-10 со знаком «-» (в частности, C00-C80, C81-C96, D00-D09, D45-D47, Q20-Q28), это означает, что могут использоваться любые коды МКБ-10, входящие в указанный диапазон кодов. Например, следующая запись означает, что схема лекарственной терапии sh0024 классифицируется в КСГ st19.125 в комбинации с любым диагнозом класса «C», входящим в диапазон C00-C80:

Код по МКБ-10						Возраст			Иной классификационный критерий	КСГ
C00-C80						6			sh0024	st19.125

2.5. Описание алгоритма группировки с применением таблицы «Группировщик»

По каждому случаю в реестре пролеченных пациентов классификационные критерии КСГ и их комбинации анализируются с помощью таблицы «Группировщик» по следующему алгоритму:

На **первом этапе** необходимо собрать все параметры, которые относятся к случаю оказания медицинской помощи. В таблице представлен полный перечень классификационных критериев в рамках случая оказания медицинской помощи.

Классификационный критерий	**Примечание**
Код основного диагноза по МКБ-10 (основной диагноз)	В рамках случая является обязательным параметром.
Код дополнительного диагноза по МКБ-10 (2)	Возможные варианты значений: один код диагноза по МКБ-10, несколько кодов диагноза по МКБ-10, отсутствует (пустое значение)
Код диагноза осложнения по МКБ-10 (3)	Возможные варианты значений: один код диагноза по МКБ-10, несколько кодов диагноза по МКБ-10, отсутствует (пустое значение)
Код услуги (код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии в соответствии с Номенклатурой)	Указывается код услуги в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг. Возможные варианты значений: один код услуги, несколько кодов услуг, отсутствует (пустое значение)
Иной классификационный критерий	Указывается код иного классификационного критерия, который определен в справочниках схем лекарственной терапии, МНН лекарственных препаратов и дополнительных классификационных критериев, в соответствующем поле. Возможные варианты значений: один код, несколько кодов, отсутствует (пустое значение). Пример всех

Классификационный критерий	Примечание
	значений справочника: sh0001-sh9003, thc01-thc18, thbd1-thbd3, gsh001-gsh154, flt1-flt5, gemop1-gemop29, mt001-mt024, amt050-amt195, bt1-bt3, derm1-derm9, ep1-ep3, gem, irs1-irs2, it1-it2, ivf1-ivf7, mgi, ftg, lgh1- lgh12, olt, plt, rb2-rb6, rbb2-rbb3, rbpt, rb2cov-rb5cov, rb4d12, rb4d14, rb5d18, rb5d20, rbb4d14, rbb5d20, rbbp4-rbbp5, rbbprob4-rbbprob5, rbbrob4d14, rbbrob5d20, rbp4-rbp5, rbprob4-rbprob5, rbps5, rbrob4d12, rbrob4d14, rbrob5d18, rbrob5d20, ykur1-ykur4, ykur3d12, ykur4d18, rbs, stt1-stt5, in, inc, kudi
Диапазон фракций (диапазон количества дней проведения лучевой терапии)	Указывается код диапазона из справочника, соответствующий фактически оказанному количеству фракций. Возможные варианты значений: один код диапазона (пример: «fr01-05», «fr06-07», «fr08-10», «fr11-20», «fr21-29», «fr30-32», «fr33-99»), отсутствует значение (пустое значение)
Код пола пациента	Указывается код пола пациента из справочника (мужской – «1», женский – «2»)
Диапазон возраста пациента	Диапазон определяется на дату начала госпитализации в круглосуточном и дневном стационаре. Указывается диапазон возраста пациента в соответствии с установленными значениями. Список диапазонов: «от 0 до 28 дней», «от 29 до 90 дней», «от 91 дня до 1 года», «от 1 года включительно до 2 лет», «от 2 лет включительно до 18 лет», «от 18 лет включительно», «от 0 до 21 года». Случай всегда относится только к одному диапазону возраста.
Длительность случая	Длительность пребывания в стационаре в днях. Используется для определения признака длительности случая. Возможные варианты значений: один код, отсутствует значение (пустое значение). Пример всех значений справочника: 1 – пребывание до 3 дней включительно, 2 – от 4 до 10 дней включительно, 3 – от 11 до 20 дней включительно, 4 – от 21 до 30 дней включительно, 5 – 30 дней.

На **втором этапе** создается пустая «временная таблица», аналогичная таблице «Группировщик», но с двумя дополнительными полями «Приоритет» и «Коэффициент затратоемкости КСГ». Поле «Приоритет» по умолчанию имеет значение равное «0», соответствующее обычному приоритету при сравнении групп. Поле «Коэффициент затратоемкости КСГ» необходимо для сохранения значения коэффициента затратоемкости конкретной строчки таблицы, отнесенной к конкретной КСГ. Структура и описание полей представлены в таблице.

№ п/п	**Наименование поля**	**Примечание**
1	№	Порядковый номер сроки
2	Код по МКБ-10	(основной диагноз)
3	Код по МКБ-10 (2)	
4	Код по МКБ-10 (3)	
5	Код услуги	
6	Возраст	
7	Пол	
8	Длительность	
9	Иной классификационный критерий	
10	Диапазон фракций	
11	КСГ	Код КСГ в соответствии с группировщиком
12	Приоритет	Поле с вариантами значений «0» - обычный приоритет, «1» - высокий приоритет, «-1» - низкий приоритет
13	Стоимость случая лечения по КСГ	Числовое поле с двумя знаками после запятой Значение определяется исходя из правил расчета стоимости законченного случая лечения (п. 3 Рекомендаций), при необходимости – с учетом доли оплаты прерванного случая

На **третьем этапе** осуществляется фильтрация основной таблицы «Группировщик» и заполнение временной таблицы значениями. Под фильтрацией подразумевается отбор подходящих под заданные критерии данных, осуществляемый программными средствами. Таблицу «Группировщик» необходимо отфильтровать одновременно по всем классификационным критериям, учитывая особенности каждого параметра:

а) В фильтр по полю «Код по МКБ-10» входят пустое значение и значение основного диагноза случая. Если для основного диагноза существуют расширительные диапазоны (C00-C80, D00-D09, Q20-Q28, C., I.), то эти

расширительные диапазоны также включаются в фильтр.

b) В фильтр по полю «Код по МКБ-10 (2)» обязательно входит пустое значение. Если в случае присутствуют дополнительные диагнозы (один или несколько), фильтр дополняется всеми значениями дополнительных диагнозов; если для дополнительного диагноза существуют расширительные диапазоны (C00-C80, D00-D09, Q20-Q28, C., I.), то эти расширительные диапазоны также включаются в фильтр.

c) В фильтр по полю «Код по МКБ-10 (3)» обязательно входит пустое значение. Если в случае присутствуют диагнозы осложнения (один или несколько), фильтр дополняется всеми значениями диагнозов осложнения; если для диагноза осложнения существуют расширительные диапазоны (C00-C80, D00-D09, Q20-Q28, C., I.), то эти расширительные диапазоны также включаются в фильтр.

d) В фильтр по полю «Код услуги» обязательно входит пустое значение. Если в случае присутствуют коды услуг (один или несколько), фильтр дополняется всеми значениями кодов услуг. Примечание: если исходный случай содержит несколько кодов услуг, то выборку необходимо осуществлять дополнительно по каждому коду услуги.

e) В фильтр по полю «Возраст» обязательно входит пустое значение. Кроме пустого значения фильтр в зависимости от возраста пациента содержит следующие значения:

- Для диапазона возраста от 0 до 28 дней – значение справочника категорий возраста включает значения «1», «4», «5», «7»;
- Для диапазона возраста от 29 до 90 дней – значение справочника категорий возраста включает значения «2», «4», «5», «7»;
- Для диапазона возраста от 91 дня до 1 года – значение справочника категорий возраста включает значения «3», «4», «5», «7»;
- Для диапазона возраста от 1 года включительно до 2 лет – значение справочника категорий возраста включает значения «4», «5», «7»;
- Для диапазона возраста от 2 лет включительно до 17 лет – значение справочника категорий возраста включает значения «5», «7»;
- Для диапазона возраста от 18 лет включительно – значение справочника категорий возраста включает значения «6», «7».

f) В фильтр по полю «Пол» обязательно входит пустое значение, а также значение из справочника согласно полу пациента (пациент мужского пола – значение кода «1», пациент женского пола – значение кода «2»).

g) В фильтр по полю «Длительность» обязательно входит пустое значение, а для тех случаев, длительность которых составляет 3 дня и менее – значение 1.

h) В фильтр по полю «Иной классификационный критерий» обязательно входит пустое значение. Если в случае присутствуют иные

классификационные критерии (один или несколько), фильтр дополняется всеми значениями иных классификационных критериев. Примеры значений: sh0001-sh9003, thc01-thc18, thbd1-thbd3, gsh001-gsh154, flt1-flt5, gemop1-gemop29, mt001-mt024, amt050-amt195, bt1-bt3, derm1-derm9, ep1-ep3, gem, irs1-irs2, it1-it2, ivf1-ivf7, mgi, ftg, lgh1- lgh12, olt, plt, rb2-rb6, rbb2-rbb3, rbpt, rb2cov-rb5cov, rb4d12, rb4d14, rb5d18, rb5d20, rbb4d14, rbb5d20, rbbp4-rbbp5, rbbprob4-rbbprob5, rbbrob4d14, rbbrob5d20, rbp4-rbp5, rbprob4-rbprob5, rbps5, rbrob4d12, rbrob4d14, rbrob5d18, rbrob5d20, ykur1-ykur4, ykur3d12, ykur4d18, rbs, stt1-stt5, in, inc, kudi.

i) В фильтр по полю «Диапазон фракций» обязательно входит пустое значение. Если в случае присутствует код диапазона фракций (может быть только один), фильтр дополняется этим кодом.

Отфильтрованные записи из таблицы «Группировщик» копируются в описанную на втором этапе «временную таблицу» в соответствии с названиями полей. Для каждой записи во временной таблице в поле «Приоритет» проставляется значение «0», а в поле «Стоимость случая лечения по КСГ» проставляется стоимость (значения из «Справочника КСГ» с учетом поправочных коэффициентов, в том числе доли оплаты прерванных случаев) для каждой КСГ в соответствии с полем «КСГ».

На **четвертом этапе** необходимо проверить данные из «временной таблицы» на наличие исключений и установки приоритетов по строчкам. Во временной таблице в поле «Приоритет» меняем значения на «1» для следующих записей:

- Если случай может быть отнесен к хирургической КСГ по факту выполнения услуги, относящейся к группе кодов номенклатуры медицинских услуг, начинающихся с символов «А16.»;
- Если случай может быть отнесен к профилю «Медицинская реабилитация» (st37, ds37);
- Если случай может быть отнесен к профилю «Онкология» (st19, ds19), за исключением случаев:

а) когда злокачественное новообразование выявлено в результате госпитализации с целью оперативного лечения по поводу неонкологического заболевания (доброкачественное новообразование, кишечная непроходимость и др.);

б) которые могут быть отнесены к КСГ st08.001, st08.002, st08.003 и ds08.001, ds08.002, ds08.003;

в) лечения грибовидного микоза (код МКБ С84.0) на дерматологических койках;

г) постановки (подтверждения) диагноза злокачественного новообразования, которые могут быть оплачены по КСГ st27.014 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением

диагноза злокачественного новообразования».

- Если поле «Длительность» содержит значение «1», а случай может быть отнесен к КСГ st25.004 или ds25.001 «Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы» (значение «1» в поле «Длительность» не является приоритетом для выбора КСГ st19.090, st19.094, st19.097, st19.100 и ds19.063, ds19.067, ds19.071 и ds19.075) (указанное правило не применяется в отношении случаев лечения, закончившихся летальным исходом);

- Если поле «Код по МКБ-10» основной диагноз содержит коды МКБ-10 из списка L08.0; L26; L27.0, L27.2 и поле «Возраст» содержит значение «1».

- Если поле «Код по МКБ-10» основной диагноз содержит код МКБ-10 C84.0 и поле «Иной классификационный критерий» содержит значение «derm4», или «derm5», или «derm7», или «derm8».

Если во «временной таблице» одновременно присутствуют строчки, относящиеся к двум КСГ из списка ds19.028 «Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований» и ds25.002 «Операции на сосудах (уровень 1)» (ситуация возможна при основном диагнозе «C.», «D00-D09» или «D45-D47» и коде услуги «A11.12.001.002 - Имплантация подкожной венозной порт-системы»), необходимо для строчки с КСГ ds25.002 установить значение в поле «Приоритет» равное «-1» (тем самым отдать приоритет в пользу КСГ ds19.028).

На **пятом этапе** производится окончательное определение КСГ для случая оказания медицинской помощи. Для окончательного определения КСГ путем сравнения стоимости случаев, определенных по разным КСГ, с учетом приоритетов необходимо провести сортировку «временной таблицы» одновременно по полю «Приоритет» в порядке убывания (сверху окажутся максимальные значения) и по полю «Стоимость случая лечения по КСГ» в порядке убывания (сверху окажутся максимальные значения). В результате сортировки самая верхняя строчка «временной таблицы» будет содержать в поле «КСГ» код искомой КСГ для данного случая.

В случае, если длительность случая составляет 3 дня и менее, при этом хотя бы одна из КСГ во временной таблице не входит в перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, установленный Приложением № 8 к Программе, – выбор КСГ определяется по полю «Стоимость случая лечения по КСГ», рассчитанному с учетом доли оплаты прерванного случая оказания медицинской помощи.

Примечание: особенности формирования КСГ st29.007 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)» представлены Приложении 9 к настоящим рекомендациям.

2.6. Влияние кода диагноза по МКБ-10 на группировку

Случаи, при которых диагноз является критерием группировки для хирургической операции (комбинированные группы), определены Группировщиком таким образом, что в одной строке Группировщика приведен код номенклатуры и код диагноза.

Пример:

Код по МКБ-10	**Код услуги**	**Возраст**	**Пол**	**Длитель-ность**	**КСГ**	**Комментарий**
	A16.20.002.001				st02.012	Диагноз не влияет на группировку, и случай относится к КСГ st02.012 независимо от диагноза
C00-C80	A16.20.002.001				st19.001	Случай относится к КСГ st19.001 при комбинации кода услуги и любого диагноза, входящего в диапазон «C00-C80»

Приложение 9

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ КСГ

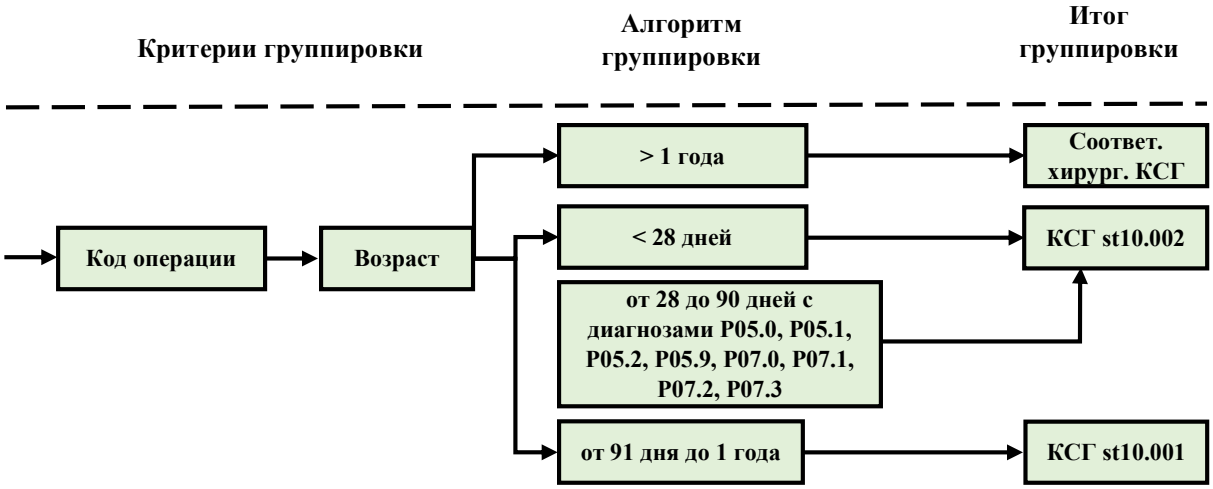
В данном Приложении более подробно описаны алгоритмы формирования отдельных групп, имеющих определенные особенности.

При этом базовый алгоритм отнесения для всех КСГ определяется таблицей «Группировщик».

1. Группы, формируемые с учетом возраста

КСГ st10.001 «Детская хирургия (уровень 1)»;
КСГ st10.002 «Детская хирургия (уровень 2)».
Классификационным критерием группировки также является возраст.

Алгоритм формирования групп:



При отнесении случая к КСГ st10.002, для доношенных детей критерием новорожденности является возраст не более 28 дней. Для недоношенных детей (недоношенность обозначается кодами МКБ 10 дополнительного диагноза P05.0, P05.1, P05.2, P05.9, P07.0, P07.1, P07.2, P07.3) отнесение к данной группе может производиться в период не более 90 дней со дня рождения.

Дети возрастом от 90 дней до года классифицируются по тем же операциям в КСГ st10.001.

КСГ st17.003 «Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций»

Классификационным критерием группировки также является возраст.

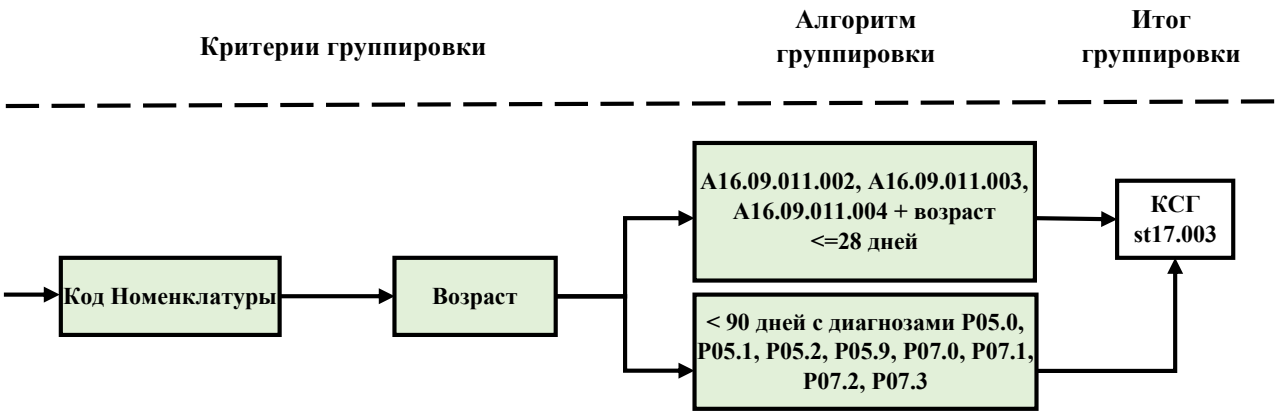
Формирование данной группы осуществляется с применением кодов номенклатуры:

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

Отнесение к данной КСГ производится в следующих случаях:

- если новорожденный ребенок характеризуется нормальной массой тела при рождении, но страдает заболеванием, требующем использования искусственной вентиляции легких. В этом случае критерием новорожденности является возраст не более 28 дней;
- если ребенок имел при рождении низкую массу тела, но госпитализируется по поводу другого заболевания, требующего использования искусственной вентиляции легких. В этом случае отнесение к данной группе может производиться в период не более 90 дней со дня рождения; должен быть указан основной диагноз (являющийся поводом к госпитализации) и дополнительный диагноз – недоношенность (обозначается кодами МКБ 10 диагноза P05.0, P05.1, P05.2, P05.9, P07.0, P07.1, P07.2, P07.3).

Алгоритм формирования группы:

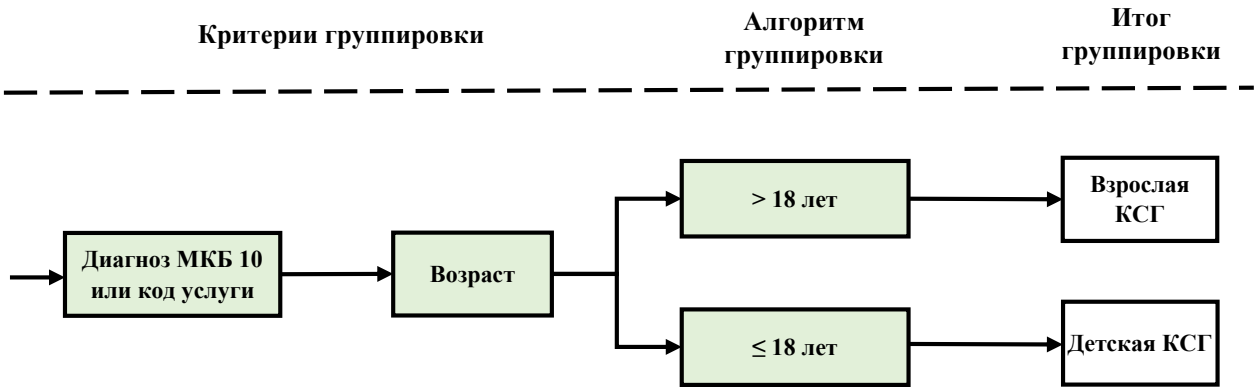


Также с учетом возраста формируется ряд других КСГ, классификационным критерием группировки также является возраст – менее 18 лет (код 5).

Внимание: *на листе «Группировщик» возраст до 18 лет кодируется*

кодом 5 в столбец «Возраст». Для «взрослых» КСГ код возраста установлен 6. Для КСГ, не имеющих отметки о возрасте в Группировщике, отнесение осуществляется без учета возраста.

Универсальный алгоритм формирования группы с учетом возраста:



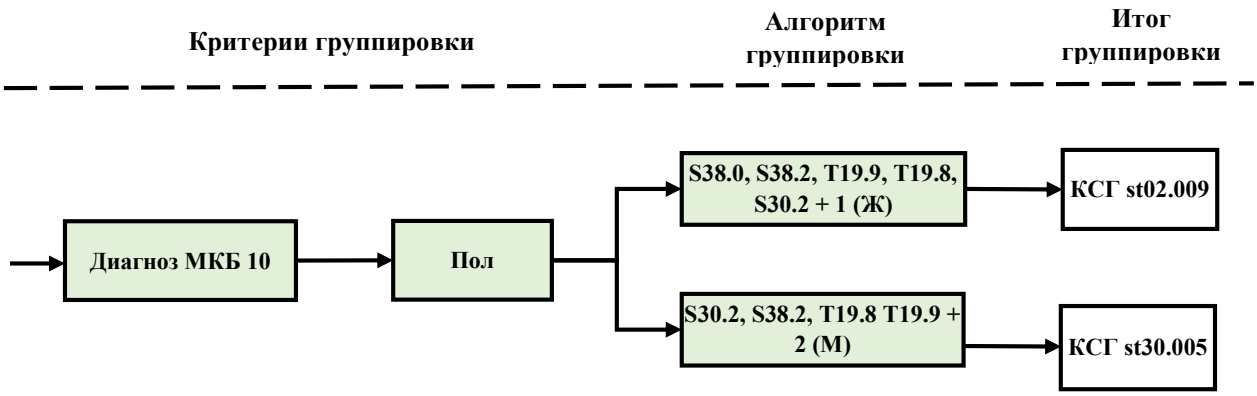
2. Группы, формируемые с учетом пола

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

№ КСГ	Наименование КСГ
st02.009	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов
st30.005	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов

Классификационным критерием группировки также является пол (мужской, женский).

Алгоритм формирования групп с учетом пола:



3. Особенности формирования КСГ акушерско-гинекологического профиля

Отнесение к КСГ st02.003 «Родоразрешение» при любом основном диагнозе класса XV. Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99), включенном в данную КСГ, производится при комбинации с любой из следующих услуг:

B01.001.006	Ведение патологических родов врачом-акушером-гинекологом
B01.001.009	Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом
B02.001.002	Ведение физиологических родов акушеркой
A16.20.007	Пластика шейки матки
A16.20.015	Восстановление тазового дна
A16.20.023	Восстановление влагалищной стенки
A16.20.024	Реконструкция влагалища
A16.20.030	Восстановление вульвы и промежности

Если при наличии диагноза класса XV. Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99) нет закодированных услуг, соответствующих родоразрешению, случай относится к КСГ st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью».

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

Код услуги	Наименование услуги
A16.20.005.001	Расширение шеечного канала
A16.20.070	Наложение акушерских щипцов

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

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

При выполнении операции кесарева сечения (A16.20.005 «Кесарево сечение») случай относится к КСГ st02.004 вне зависимости от диагноза.

С целью снижения стимулов к искажению статистики и перевода пациентов в более затратные категории, в группировщике предусмотрено однозначное отнесение к КСГ st02.003 «Родоразрешение» комбинаций диагнозов, входящих в КСГ st02.003, и следующих услуг:

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

Если в ходе оказания медицинской помощи роженице выполнялась операция, входящая в КСГ st02.012 или st02.013 (операции на женских половых органах уровней 3 и 4), например, субтотальная или тотальная гистерэктомия, отнесение случая производится к КСГ по коду операции.

Как указывалось ранее, при дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением оплата по двум КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более.

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

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;

- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;
- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;
- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;
- O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

КСГ st01.001 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» может быть подана на оплату только медицинскими организациями, имеющими в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода.

3.1. Особенности формирования КСГ для случаев проведения экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в дневном стационаре

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

1. Стимуляция суперовуляции;
2. Получение яйцеклетки;
3. Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;
4. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.
5. Дополнительно в процессе проведения процедуры цикла ЭКО возможно осуществление криоконсервации полученных на III этапе эмбрионов.

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

Отнесение к КСГ случаев проведения ЭКО осуществляется на основании иных классификационных критериев «ivf1»-«ivf7», отражающих проведение различных этапов цикла ЭКО (полная расшифровка кодов ДКК представлена в справочнике «ДКК» файла «Расшифровка групп».

В случае если базовый цикл ЭКО завершен по итогам I этапа (стимуляция суперовуляции) («ivf2»), I-II этапов (получение яйцеклетки) («ivf3»), I-III этапов (экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов («ivf4»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.009 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 2)».

В случае проведения первых трех этапов цикла ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов («ivf5»), а также проведения в рамках случая госпитализации четырех этапов цикла ЭКО без

осуществления криоконсервации эмбрионов («ivf6»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.010 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)».

В случае проведения в рамках одного случая всех этапов цикла ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов («ivf7»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.011 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 4)».

В случае проведения цикла ЭКО с применением криоконсервированных эмбрионов («ivf1»), случай госпитализации оплачивается по КСГ ds02.008 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)».С 2026 года предусмотрена возможность оплаты двух типов преимплантационного генетического тестирования (ПГТ): ПГТ на структурные хромосомные перестройки (ПГТ-СП) и ПГТ на моногенные заболевания (ПГТ-М). Для ПГТ-СП и ПГТ-М введены соответствующие ДКК, которые применяются, в том числе в зависимости от того, сколько этапов ЭКО было выполнено, в связи с чем выделены 6 новых КСГ ds02.012-ds02.017.

Средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для оказания медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении представляет собой усредненную стоимость случая ЭКО с учетом проведения у части пациентов неполных циклов и проведения в отдельных случаях полного цикла с криоконсервацией эмбрионов, а также учитывает возможность проведения преимплантационного генетического тестирования и не эквивалентен стоимости КСГ ds02.014 или ds02.15 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3 с ПГТ-М или ПГТ-СП)».

4 Особенности формирования КСГ для оплаты случаев лечения сепсиса

Отнесение к КСГ, применяемым для оплаты случаев лечения сепсиса (st12.005, st12.006, st12.007) осуществляется по сочетанию кода диагноза МКБ 10 и возрастной категории пациента и/или иного классификационного критерия «it1». Необходимо учитывать, что сепсис может являться как основным поводом для госпитализации, так и осложнением в ходе продолжающегося лечения основного заболевания. Таким образом, при кодировании случаев лечения сепсиса соответствующий диагноз необходимо указывать либо в столбце «Основной диагноз», либо в столбце «Диагноз осложнения». При этом отнесение к указанным КСГ с учетом возрастной категории и/или критерия «it1» сохраняется вне зависимости от того, в каком столбце указан код диагноза.

В случае возникновения септических осложнений в ходе госпитализации по поводу ожогов, в целях корректного кодирования случая лечения диагноз септического осложнения также необходимо указывать в столбце «Диагноз

осложнения». При этом порядок кодирования по классификационным критериям КСГ профиля «Комбустиология» не изменяется (см. раздел «Особенности формирования КСГ по профилю «Комбустиология»).

5. Особенности формирования КСГ st12.012 «Грипп, вирус гриппа идентифицирован»

Отнесение к данной КСГ производится по комбинации кода МКБ-10 и кодов Номенклатуры. При идентификации вируса гриппа другими методами (закодированными как услуги, не являющиеся классификационными критериями отнесения случая к КСГ st12.012) и при неидентифицированном вирусе гриппа случай классифицируется в КСГ st12.010 «Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые» или КСГ st12.011 «Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети» в зависимости от возраста пациента.

6. Особенности формирования КСГ для случаев лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) (st12.015–st12.019)

Формирование групп осуществляется по коду МКБ-10 (U07.1 или U07.2) в сочетании с кодами иного классификационного критерия: «stt1»–«stt4», отражающих тяжесть течения заболевания, или «stt5», отражающим признак долечивания пациента с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19). Перечень кодов «stt1»–«stt5» с расшифровкой содержится на вкладке «ДКК» файла «Расшифровка групп».

Тяжесть течения заболевания определяется в соответствии с классификацией новой коронавирусной инфекции COVID-19 по степени тяжести, представленной в клинических рекомендациях «Коронавирусная инфекция COVID-19)», одобренных Научно-практическим советом Министерства здравоохранения Российской Федерации. Каждому уровню тяжести состояния соответствует отдельная КСГ st12.015–st12.018 (уровни 1–4).

Коэффициенты относительной затратоемкости по КСГ st12.016–st12.018 (уровни 2–4), соответствующим случаям среднетяжелого, тяжелого и крайне тяжелого лечения, учитывают период долечивания пациента.

Правила оплаты госпитализаций в случае перевода на долечивание:

- в пределах одной медицинской организации – оплата в рамках одного случая оказания медицинской помощи (по КСГ с наибольшей стоимостью законченного случая лечения заболевания);
- в другую медицинскую организацию – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата

законченного случая лечения после перевода осуществляется по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)». Оплата прерванных случаев после перевода осуществляется в общем порядке;

- в амбулаторных условиях – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в общем порядке, определенным тарифным соглашением.

7. Особенности формирования КСГ для оплаты лекарственной терапии при хронических вирусных гепатитах в дневном стационаре

Оплата случаев лекарственной терапии по поводу хронического вирусного гепатита С (ХВГС) и хронического вирусного гепатита В с дельта агентом (далее - ХВГD) осуществляется в соответствии со схемами лекарственной терапии.

Для оплаты лекарственной терапии ХВГС сформированы 13 схем лекарственной терапии с установленной длительностью одной госпитализации 28 дней, отнесенные к одной из КСГ для оплаты случаев медицинской помощи при данном заболевании. ¶

Отнесение к той или иной КСГ случаев лекарственной терапии ХВГС осуществляется только по сочетанию кода диагноза по МКБ-10 и иного классификационного критерия «thc», отражающего применение определенной схемы лекарственной терапии в рамках случая противовирусного лечения.

При оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара впервые установлены средние нормативы объема и финансовых затрат на единицу объема для оказания медицинской помощи больным с вирусным гепатитом С в условиях дневного стационара, которые включают в себя случаи лекарственной терапии хронического вирусного гепатита С в условиях дневного стационара, оплаченные по КСГ ds12.022-ds12.028 «Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 1-7)».

Для оплаты случаев лекарственной терапии при ХВГD сформированы 2 схемы лекарственной терапии с установленной длительностью одной госпитализации 30 дней. Отнесение к КСГ случаев лекарственной терапии ХВГД осуществляется исключительно по сочетанию кода диагноза по МКБ - 10 и иного классификационного критерия «thbd», отражающего применение одной из схем лекарственной терапии при оказании медицинской помощи при данном заболевании.

Детальное описание группировки схем лекарственной терапии ХВГС и ХВГD в КСГ представлено на листе «ХВГ, схемы ЛТ» в составе Группировщика.

Также в рамках КСГ ds12.020 осуществляется оплата случаев лекарственной терапии хронического вирусного гепатита В без дельта агента (далее – ХВГВ), при назначении противовирусной терапии лекарственными препаратами группы нуклеоз(т)идов (А25.14.008.002 - назначение нуклеозидов и нуклеотидов - ингибиторов обратной транскриптазы при хроническом вирусном гепатите В) с установленной длительностью одной госпитализации 30 дней.

Коэффициент относительной затратоемкости для всех указанных КСГ приведен в расчете на усредненные затраты исходя из установленной длительности лекарственной терапии в днях.

Длительность полного курса лекарственной терапии хронических вирусных гепатитов С, D и В, определяется соответствующими клиническими рекомендациями и инструкцией по медицинскому применению тех или иных лекарственных препаратов.

Критерии оказания медицинской помощи больным с гепатитом С в условиях дневного стационара и стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями, оплата которой осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, утверждены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.02.2023 № 70н. Принимая во внимание длительность полного курса лечения, предполагается, что подача счетов на оплату медицинской помощи оказанной в рамках случая лекарственной терапии возможна со следующего дня после окончания установленной длительности одного случая госпитализации.

8. Особенности формирования КСГ для оплаты случаев оказания медицинской помощи при эпилепсии

Оплата случаев лечения по поводу эпилепсии в круглосуточном стационаре осуществляется по четырем КСГ профиля «Неврология», при этом КСГ st15.005 «Эпилепсия, судороги (уровень 1)» формируется только по коду диагноза по МКБ-10, а КСГ st15.018, st15.019 и st15.020 формируются по сочетанию кода диагноза и иного классификационного критерия «ер1», «ер2» или «ер3» соответственно, с учетом объема проведенных лечебно-диагностических мероприятий. Детальное описание группировки указанных КСГ представлено в таблице.

КСГ	Коды диагноза МКБ-10	Иной классификационный критерий	Описание классификационного критерия
st15.005 «Эпилепсия,	G40, G40.0, G40.1, G40.2,	нет	---

КСГ	Коды диагноза МКБ-10	Иной классифи-кационный критерий	Описание классификационного критерия
судороги (уровень 1)»	G40.3, G40.4, G40.6, G40.7, G40.8, G40.9, G41, G41.0, G41.1, G41.2, G41.8, G41.9, R56, R56.0, R56.8		
st15.018 «Эпилепсия, судороги (уровень 2)»	G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8, G40.9, R56, R56.0, R56.8	ep1	Обязательное выполнение магнитно-резонансной томографии с высоким разрешением (3 Тл) по программе эпилептического протокола и проведение продолженного видео-ЭЭГ мониторинга с включением сна (не менее 4 часов)
st15.019 «Эпилепсия (уровень 3)»	G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8, G40.9	ep2	Обязательное выполнение магнитно-резонансной томографии с высоким разрешением (3 Тл) по программе эпилептического протокола и проведение продолженного видео-ЭЭГ мониторинга с включением сна (не менее 4 часов) и терапевтического мониторинга противоэпилептических препаратов в крови с целью подбора противоэпилептической терапии
st15.020 «Эпилепсия (уровень 4)»	G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.8, G40.9	ep3	Обязательное выполнение магнитно-резонансной томографии с высоким разрешением (3 Тл) по программе эпилептического протокола и проведение продолженного видео-ЭЭГ мониторинга с включением сна (не менее 24 часов) и терапевтического мониторинга противоэпилептических препаратов в крови с целью подбора противоэпилептической терапии и консультация врача-нейрохирурга

9. Особенности формирования КСГ для случаев лечения неврологических заболеваний с применением ботулотоксина

Отнесение к КСГ «Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)» (st15.008 и ds15.002) производится по комбинации кода МКБ-10 (диагноза), кода Номенклатуры А25.24.001.002

«Назначение ботулинического токсина при заболеваниях периферической нервной системы», а также иного классификационного критерия «bt2», соответствующего применению ботулотоксину при других показаниях к его применению в соответствии с инструкцией по применению (кроме фокальной спастичности нижней конечности).

Отнесение к КСГ «Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)» (st15.009 и ds15.003) производится по комбинации:

- кода МКБ-10 (диагноза), кода Номенклатуры А25.24.001.002 «Назначение ботулинического токсина при заболеваниях периферической нервной системы», а также иного классификационного критерия «bt1», соответствующего применению ботулотоксина при фокальной спастичности нижней конечности;
- кода МКБ-10 (диагноза), кода возраста «5» (от 0 дней до 18 лет), а также иного классификационного критерия «bt3», соответствующего назначению ботулинического токсина при сиалорее (только в рамках КСГ st15.009 в стационарных условиях).

При одновременном применении ботулотоксина в рамках одного случая госпитализации как при фокальной спастичности нижней конечности, так и при других показаниях, случай подлежит кодированию с использованием кода «bt1».

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

Отнесение к большинству КСГ кардиологического (а также ревматологического или терапевтического) профиля производится путем комбинации двух классификационных критериев: терапевтического диагноза и услуги. Это следующие КСГ:

№ КСГ	Наименование КСГ
Круглосуточный стационар	
st13.002	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
st13.005	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
st13.007	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
st24.004	Ревматические болезни сердца (уровень 2)
st27.007	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2)
st27.009	Другие болезни сердца (уровень 2)

№ КСГ	Наименование КСГ
Круглосуточный стационар	
Дневной стационар	
ds13.002	Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов

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

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

№ КСГ	Наименование КСГ	КЗ
st15.015	Инфаркт мозга (уровень 2)	5,13
st15.016	Инфаркт мозга (уровень 3)	6,85

Если никаких услуг, являющихся классификационными критериями, больным не оказывалось, случай должен относиться к КСГ st15.014 «Инфаркт мозга (уровень 1)».

Классификационные критерии отнесения к КСГ st15.015 и st15.016:

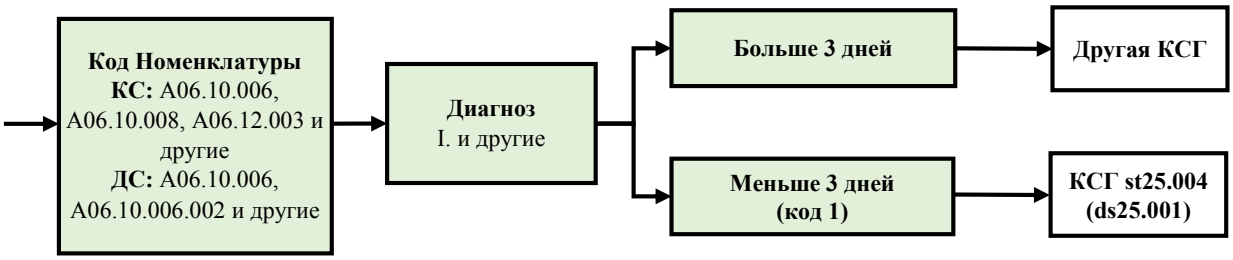
Код услуги	Наименование услуги	№ КСГ
A06.12.031.001	Церебральная ангиография тотальная селективная	st15.016
A05.12.006	Магнитно-резонансная ангиография с контрастированием (одна область)	st15.016
A06.12.056	Компьютерно-томографическая ангиография сосудов головного мозга	st15.016
A25.30.036.002	Назначение ферментных фибринолитических лекарственных препаратов для внутривенного введения при инсульте	st15.015
A06.12.031	Церебральная ангиография	st15.016
A25.30.036.003	Назначение ферментных фибринолитических лекарственных препаратов для внутриартериального введения при инсульте	st15.016

КСГ st25.004 «Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы» (ds25.001 «Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы»)

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

Отнесение к данным КСГ производится по комбинации критериев: услуга, представляющая собой метод диагностического обследования, и терапевтический диагноз, в том числе относящийся к диапазонам «I.» и Q20-Q28 по МКБ 10 для болезней системы кровообращения.

Алгоритм формирования группы:



КСГ для случаев проведения тромболитической терапии при инфаркте миокарда и легочной эмболии (КСГ st13.008-st13.010)

Отнесение к КСГ случаев проведения тромболитической терапии при инфаркте миокарда и легочной эмболии осуществляется на основании иных классификационных критериев «flt1»-«flt5», соответствующих МНН применяемых лекарственных препаратов (см. справочник «МНН ЛП». Детальное описание группировки указанных КСГ представлено в таблице.

Код МНН	МНН лекарственных препаратов	Код КСГ	Наименование КСГ
flt1	Стрептокиназа	st13.008	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 1)*
flt2	Рекомбинантный белок, содержащий аминокислотную последовательность стафилокиназы	st13.009	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 2)

flt3	Проурокиназа		
flt4	Алтеплаза	st13.010	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 3)
flt5	Тенектеплаза		

<*> Оплата по КСГ осуществляется в случае назначения лекарственного препарата по решению врачебной комиссии

КСГ для случаев установки стентов в сосуд (сосуды) (КСГ st25.013 - st25.021)

Отнесение к КСГ случаев установки стентов в сосуд (сосуды) осуществляется на основании сочетания иных классификационных критериев «upst1»-«upst3» при баллонной вазодилатация с подъемом сегмента ST электрокардиограммы, «nonst1»-«nonst3» при баллонной вазодилатация без подъема сегмента ST электрокардиограммы, «ibsst1»-«ibsst3» при ишемической болезни сердца, предусматривающих кодирование случаев установки от одного до трех и более стентов в сосуд (сосуды), кода диагноза и кода медицинской услуги А16.12.028.003 «Стентирование коронарной артерии».

В целях исключения возможности кодирования случаев стентирования коронарных артерий кодом медицинской услуги А16.12.028 «Установка стента в сосуд», предусмотренной для кодирования случаев стентирования периферических артерий в рамках КСГ st25.012 «Операции на сосудах (уровень 5)» предусмотрен иной классификационный критерий «perst – стентирование периферических артерий».

КСГ для случаев эндоваскулярной тромбэкстракции и стентирования брахиоцефальных артерий при остром ишемическом инсульте (КСГ st25.023)

Отнесение к КСГ случаев эндоваскулярной тромбэкстракции и стентирования брахиоцефальных артерий при остром ишемическом инсульте осуществляется по коду диагноза в сочетании с кодом хирургического вмешательства.

Для кодирования случаев одновременного выполнение услуги А16.23.034.013 «Локальная эндоваскулярная трансартериальная тромбоэкстракция» или услуги А16.12.003.001 «Эндоваскулярная тромбэктомия аспирационная» в сочетании как минимум с одной из следующих услуг А16.12.026.005 «Транслюминальная баллонная ангиопластика внутренней сонной артерии со стентированием»,

А16.12.026.006 «Транслюминальная баллонная ангиопластика позвоночной артерии со стентированием», А16.12.026.015 «Баллонная ангиопластика внутренней сонной артерии», А16.12.026.017 «Баллонная ангиопластика позвоночной артерии» предусмотрен иной классификационный критерий «trmbst».

11. Особенности формирования КСГ, классифицирующих случаи диагностики и лечения злокачественных новообразований

Лекарственная терапия злокачественных новообразований

Отнесение случаев к соответствующим КСГ, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у взрослых (кроме ЗНО кроветворной и лимфоидной ткани), осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» (С00-С80, С97, D00-D09) и кода схемы лекарственной терапии (sh0001 – sh9003).

При этом указание в реестре счетов на оплату медицинской помощи услуги А25.30.033 «Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у взрослых» аналогично другим услугам, в том числе не являющимся тарифообразующими, возможно в соответствии с Общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79.

За законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, указанному в столбце «Количество дней введения в тарифе» листа «Онкология, схемы ЛТ».

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/м² 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/м² 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/м² в 1-5-й дни + кальция фолинат 20 мг/м² в 1-5-й дни; цикл 28 дней

Количество дней введения в тарифе – 5.

В один законченный случай входит пять последовательных дней введения лекарственных препаратов одному больному; соответственно, за каждый 28-дневный цикл у одного больного предусмотрена одна госпитализация. При применении данной схемы в каждый день введения больной получает 2 лекарственных препарата.

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/м² 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^2 (нагрузочная доза 400 мг/м^2) в 1-й день; цикл 7 дней) – подразумевает нагрузочную дозу цетуксимаба 400 мг/м^2.*

В расчете стоимости случаев лекарственной терапии с применением схем лекарственной терапии, включающих «трастузумаб» с режимом дозирования, 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.

В то же время ввиду того, что в описании схем лекарственной терапии указываются только противоопухолевые лекарственные препараты, при соблюдении применения всех лекарственных препаратов, указанных в составе схемы лекарственной терапии, в случае назначения дополнительных лекарственных препаратов, применяемых в качестве сопроводительной терапии, случай кодируется по коду основной схемы, а назначение дополнительных лекарственных препаратов, не относящихся к противоопухолевой лекарственной терапии, не может служить основанием для применения кода схемы sh9003 в целях кодирования случая противоопухолевой лекарственной терапии.

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

Отнесение случаев к группам st08.001-st08.003 и ds08.001-ds08.003, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у детей, производится на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «C, D45-D47», кодов Номенклатуры и возраста – менее 18 лет. Отнесение к указанным КСГ производится по коду Номенклатуры – A25.30.014 Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у детей.

Отнесение к КСГ st19.090-st19.102 и ds19.063-ds19.078 осуществляется по сочетанию кода МКБ-10 (коды C81-C96, D45-D47), кода длительности госпитализации, а также, при наличии, кода МНН или АТХ группы применяемых лекарственных препаратов.

Длительность госпитализации распределена на 4 интервала: «1» – пребывание до 3 дней включительно, «2» – от 4 до 10 дней включительно, «3» – от 11 до 20 дней включительно, «4» – от 21 до 30 дней включительно.

Перечень кодов МНН лекарственных препаратов, для которых предусмотрена оплата по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых

со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей (st19.097-st19.102 и ds19.071-ds19.078), с расшифровкой содержится на вкладке «МНН ЛП» файла «Расшифровка групп» (коды gemop1- gemop29). Для случаев применения иных лекарственных препаратов, относящихся к АТХ группе «L» – противоопухолевые препараты и иммуномодуляторы, – предусмотрен код «gem» (вкладка «ДКК» файла «Расшифровка групп»), использующийся для формирования КСГ st19.094-st19.096 (ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые, уровни 1-3) и ds19.067-ds19.070 (ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые, уровни 1-4).

Учитывая, что при злокачественных новообразованиях 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.

Пример:

Пациент находился в стационаре в течение 40 дней. При этом на 25-ый день госпитализации ему был введен однократно даратумумаб, более никаких препаратов из перечня (справочник gemop1-gemop29) не вводилось, но вводились другие лекарственные препараты с кодом АТХ «L».

Данный случай целесообразно подать к оплате по истечении 30 дней по КСГ st19.102 «ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 6)» (код длительности – «4», код МНН – «gemop6»), а за оставшиеся 10 дней – по КСГ st19.094 «ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)» (код длительности – «2», код АТХ – «gem»).

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.

КСГ st19.037 «Фебрильная нейтропения, агранулоцитоз вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований»

Данная КСГ применяется в случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз являются основным поводом для госпитализации после перенесенного специализированного противоопухолевого лечения. В случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз развивается у больного в ходе госпитализации с целью проведения специализированного противоопухолевого лечения, оплата производится по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Отнесение случаев лечения к КСГ st19.037 осуществляется по сочетанию двух кодов МКБ-10 (Код МКБ-10 из перечня C., D00-D09, D45-D47 и код МКБ-10 D70 Агранулоцитоз). 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.

КСГ st19.038 (ds19.028) «Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований»

Данная КСГ применяется в случаях, когда установка, замена порт-системы являются основным поводом для госпитализации. Если больному в рамках одной госпитализации устанавливают, меняют порт-систему (катетер) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения, оплата осуществляется по двум КСГ.

Отнесение случая к КСГ st19.038 (ds19.028) осуществляется по кодам МКБ-10 (C., D00-D09, D45-D47) и коду Номенклатуры A11.12.001.002 «Имплантация подкожной венозной порт-системы». При этом по коду данной услуги также допустимо кодирование установки и замены периферического венозного катетера – ПИК-катетера (ввиду отсутствия соответствующей услуги в Номенклатуре).

Лучевая терапия (КСГ st19.075-st19.082 и ds19.050-ds19.057)

Отнесение к соответствующей КСГ случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода медицинской услуги в соответствии

с Номенклатурой, а также в ряде случаев – количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций).

Справочник диапазонов числа фракций (столбец «Диапазон фракций» листа «Группировщик»)

Диапазон фракций	Расшифровка
fr01-05	Количество фракций от 1 до 5 включительно
fr06-07	Количество фракций от 6 до 7 включительно
fr08-10	Количество фракций от 8 до 10 включительно
fr11-20	Количество фракций от 11 до 20 включительно
fr21-29	Количество фракций от 21 до 29 включительно
fr30-32	Количество фракций от 30 до 32 включительно
fr33-99	Количество фракций от 33 включительно и более

В случае отсутствия указания кода диапазона фракций в Расшифровке групп, отнесение случая к соответствующей КСГ осуществляется вне зависимости от числа фракций.

Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (КСГ st19.084-st19.089 и ds19.058, ds19.060-ds19.062)

Для оплаты случаев лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией и лекарственными препаратами предусмотрены соответствующие КСГ. Отнесение к группам осуществляется по коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой с учетом количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций) (при наличии), а также кода МНН лекарственных препаратов.

В случае отсутствия указания кода диапазона фракций в Расшифровке групп, отнесение случая к соответствующей КСГ осуществляется вне зависимости от числа фракций.

Перечень кодов МНН лекарственных препаратов, для которых предусмотрена оплата по КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией, с расшифровкой содержится на вкладке «МНН ЛП» файла «Расшифровка групп».

В случае применения лекарственных препаратов, не относящихся к перечню МНН лекарственных препаратов на вкладке «МНН ЛП» файла «Расшифровка групп», предусмотренных для отнесения к КСГ для случаев

проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией, оплата случая осуществляется по КСГ, определенной исходя из действующего алгоритма группировки.

Хирургическая онкология

Отнесение к КСГ производится при комбинации диагнозов C00-C80, C97 и D00-D09 и услуг, обозначающих выполнение оперативного вмешательства.

К таким КСГ относятся:

st19.001	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.002	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.003	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3)
st19.004	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.005	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.006	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1)
st19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
st19.008	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3)
st19.009	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
st19.010	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
st19.011	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3)
st19.012	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 1)
st19.013	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 2)
st19.014	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1)

st19.015	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2)
st19.016	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы (уровень 1)
st19.017	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы (уровень 2)
st19.018	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1)
st19.019	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2)
st19.020	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3)
st19.021	Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости
st19.022	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях
st19.023	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.024	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.025	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1)
st19.026	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2)
ds19.016	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
st19.123	Прочие операции при ЗНО (уровень 1)
st19.124	Прочие операции при ЗНО (уровень 2)
ds19.017	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)

Если больному со злокачественным новообразованием выполнялось оперативное вмешательство, не являющееся классификационным критерием для онкологических хирургических групп, то отнесение такого случая к КСГ производится по общим правилам, то есть к КСГ, формируемой по коду выполненного хирургического вмешательства.

В случае если злокачественное новообразование выявлено в результате госпитализации с целью оперативного лечения по поводу неонкологического

заболевания (доброкачественное новообразование, кишечная непроходимость и др.) отнесение к КСГ и оплата осуществляются в соответствии с классификационными критериями по коду медицинской услуги без учета кода диагноза злокачественного новообразования. При формировании реестров счетов в указанных случаях рекомендуется установление соответствующей отметки, при этом процесс кодирования случая по соответствующей КСГ осуществляется на уровне субъекта РФ.

Лечение лучевых повреждений

Для случаев лечения лучевых повреждений выделены КСГ st19.103 и ds19.079 «Лучевые повреждения», а также st19.104 «Эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях». При этом эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях относится в том числе к хирургической онкологии.

Формирование КСГ «Лучевые повреждения» осуществляется на основании сочетания кода МКБ-10, соответствующего лучевым повреждениям, дополнительного кода С., а также иного классификационного критерия «olt», отражающего состояние после перенесенной лучевой терапии.

Формирование КСГ ««Эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях» осуществляется на основании сочетания кода МКБ-10, соответствующего лучевым повреждениям, дополнительного кода С., иного классификационного критерия «olt», отражающего состояние после перенесенной лучевой терапии, а также следующих кодов Номенклатуры:

А16.30.022 Эвисцерация малого таза;

А16.30.022.001 Эвисцерация малого таза с реконструктивно-пластическим компонентом.

КСГ st36.012 и ds36.006 «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.

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

В соответствии с Программой 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).

КСГ st27.014 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой (подтверждением) диагноза злокачественного новообразования»

Отнесение случая к этой группе осуществляется с применением соответствующего кода номенклатуры из раздела «В». Данная группа предназначена в основном как для оплаты случаев госпитализаций в отделения / медицинские организации неонкологического профиля, когда в ходе обследования выявлено злокачественное новообразование с последующим переводом (выпиской) больного для лечения в профильной организации, так и для оплаты случаев госпитализации в отделения онкологического профиля с диагностической целью, включая также необходимость проведения биопсии.

КСГ ds19.029 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой (подтверждением) диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ/КТ (только для федеральных медицинских организаций)»

Данная КСГ применяется только для оплаты медицинской помощи в федеральных медицинских организациях. В связи с чем в тарифных соглашениях субъектов РФ целесообразно предусмотреть тарифы для оплаты ПЭТ/КТ в амбулаторных условиях.

Отнесение к КСГ ds19.029 осуществляется по коду МКБ-10 (С., D00-D09) в сочетании со следующими кодами Номенклатуры:

- А07.23.008.001 «Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией головного мозга с введением контрастного вещества»;
- А07.30.043 «Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с туморотропными РФП»;
- А07.30.043.001 «Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с туморотропными РФП с контрастированием».

КСГ ds19.033 «Госпитализация в диагностических целях с проведением молекулярно-генетического и (или) иммуногистохимического исследования или иммунофенотипирования»

Отнесение к КСГ ds19.033 осуществляется в соответствии с иными классификационными критериями «mgi» и «ftg», применяемыми для кодирования случаев госпитализации с обязательным выполнением биопсии при подозрении на злокачественное новообразование и проведением диагностических молекулярно-генетических и/или иммуногистохимических исследований или обязательное выполнение трепанобиопсии/или забора крови (другой биологической жидкости) с последующим проведением иммунофенотипирования методом проточной цитофлуориметрии.

В случае если в условиях дневного стационара пациенту выполнена биопсия, являющаяся классификационным критерием КСГ с коэффициентом затратоемкости, превышающим коэффициент затратоемкости КСГ ds19.033, оплата такой госпитализации осуществляется по КСГ с наибольшим коэффициентом затратоемкости.

КСГ st19.122 «Поздний посттрансплантационный период после пересадки костного мозга»

Отнесение к КСГ st19.122 осуществляется по коду иного классификационного критерия «rbpt», соответствующего посттрансплантационному периоду для пациентов, перенесших трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток крови и костного мозга (от 30 до 100 дней).

12. Особенности формирования КСГ по профилю «Офтальмология»

Выполнение косметических процедур за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется. В связи с этим оплата по КСГ услуги А16.26.046.001 «Эксимерлазерная фототерапевтическая кератэктомия» осуществляется только при лечении эрозии, язвы роговицы, кератита, помутнения роговицы, возникшего вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности компенсации вызванной ими иррегулярности роговицы с помощью очковой или контактной коррекции, услуг А16.26.046.002 «Эксимерлазерная фоторефракционная кератэктомия» и А16.26.047 «Кератомилез» – при коррекции астигматизма или иррегулярности роговицы, возникших вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности их компенсации с помощью очковой или контактной коррекции. Аналогичные принципы применяются для медицинской услуги А16.26.046 «Кератэктомия».

Кодирование медицинского вмешательства по коду услуги А16.26.093 «Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация» возможно только при наличии противопоказаний

к имплантации интраокулярной линзы, отраженных в первичной медицинской документации.

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

Кодирование медицинского вмешательства по КСГ st21.006 «Операции на органе зрения (уровень 6)» по коду услуги А16.26.089 «Витреоэктомия» не допускается при проведении передней витреоэктомии - данные вмешательства должны кодироваться по КСГ st21.003 «Операции на органе зрения (уровень 3)» по коду услуги А16.26.089.001 «Витрэктомия передняя».

Оплата медицинской помощи с проведением медицинской услуги А16.26.086.001 «Интравитреальное введение лекарственных препаратов» по отдельному перечню лекарственных препаратов (классификационные критерии «icv1» - «icv4») осуществляется в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по КСГ st21.010 и ds21.008 «Интравитреальное введение лекарственных препаратов».

При этом возможность оплаты интравитреального введения лекарственных препаратов, не входящих в перечень классификационных критериев отнесения случаев лечения к данным КСГ, сохраняется в стационарных условиях в рамках КСГ st21.001 «Операции на органе зрения (уровень 1)», а в условиях дневного стационара в рамках КСГ ds21.001 «Болезни и травмы глаза».

13. Особенности формирования КСГ st29.007 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)»

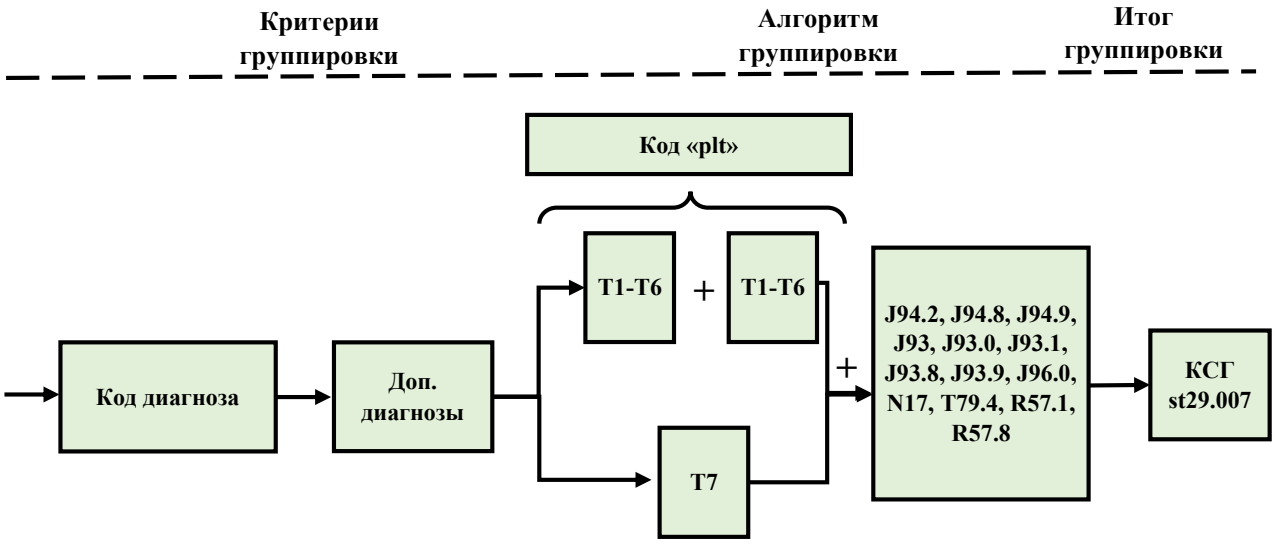
Формирование КСГ «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)» осуществляется по коду иного классификационного критерия «plt», отражающего наличие травмы в двух и более анатомических областях (голова/шея, позвоночник, грудная клетка, живот, таз, конечности), множественную травму и травму в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

Для кодирования критерия «plt» необходимо наличие травм в 2 и более анатомических областях (голова/шея, позвоночник, грудная клетка, живот, таз, конечности – минимум 2 кода МКБ-10) или одного диагноза множественной травмы и травмы в нескольких областях тела. Распределение кодов МКБ-10, ***которые участвуют в формировании группы st29.007 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)»***, по анатомическим областям приведено в следующей таблице. Для удобства восприятия, каждой анатомической области присвоен код (столбец «Код анатомич. области»).

Код анатомич. области	Анатоми-ческая 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: J94.2, J94.8, J94.9, J93, J93.0, J93.1, J93.8, J93.9, J96.0, N17, T79.4, R57.1, R57.8.

Алгоритм формирования группы:



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

14. Особенности формирования КСГ по профилю «Комбустиология»

Критерии отнесения: комбинация диагнозов.

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

№ КСГ	Наименование КСГ	Комментарий (модель)	Коды МКБ-10	Дополнительные коды МКБ-10
st33.001	Отморожения (уровень 1)	Лечение пострадавших с поверхностными отморожениями	T33.0 - T33.9, T35.0	
st33.002	Отморожения (уровень 2)	Лечение пострадавших с отморожением, некрозом ткани	T34, T34.0 - T34.9, T35.1-T35.7	

№ КСГ	Наименование КСГ	Комментарий (модель)	Коды МКБ-10	Дополни-тельные коды МКБ-10
st33.003	Ожоги (уровень 1)	Лечение пострадавших с поверхностными ожогами 1-2 ст. (площадью менее 10%)	T20.1, T20.2, T20.5, T20.6, T21.1, T21.2, T21.5, T21.6, T22.1, T22.2, T22.5, T22.6, T23.1, T23.2, T23.5, T23.6, T24.1, T24.2, T24.5, T24.6, T25.1, T25.2, T25.5, T25.6, T29.1, T29.2, T29.5, T29.6, T30.0, T30.1, T30.2, T30.4, T30.5	T31.0, T32.0
st33.004	Ожоги (уровень 2)	Лечение пострадавших с поверхностными ожогами 1-2 ст. (площадью 10% и более)	T20.1, T20.2, T20.5, T20.6, T21.1, T21.2, T21.5, T21.6, T22.1, T22.2, T22.5, T22.6, T23.1, T23.2, T23.5, T23.6, T24.1, T24.2, T24.5, T24.6, T25.1, T25.2, T25.5, T25.6, T29.1, T29.2, T29.5, T29.6, T30.0, T30.1, T30.2, T30.4, T30.5, T30.6	T31.1-T31.9, T32.1-T32.7
st33.005	Ожоги (уровень 3)	Лечение пострадавших с глубокими ожогами 3 ст. (площадью менее 10%)	T20.0, T20.3, T20.4, T20.7, T21.0, T21.3, T21.4, T21.7, T22.0, T22.3, T22.4, T22.7, T23.0, T23.3, T23.4, T23.7, T24.0, T24.3, T24.4, T24.7, T25.0, T25.3, T25.4, T25.7, T29.0, T29.3, T29.4, T29.7, T30.3, T30.7	T31.0, T32.0
st33.006	Ожоги (уровень 4)	Лечение пострадавших с глубокими ожогами 3 ст. (площадью 10% - 29%)	T20.0, T20.3, T20.4, T20.7, T21.0, T21.3, T21.4, T21.7, T22.0, T22.3, T22.4, T22.7, T23.0, T23.3, T23.4, T23.7, T24.0, T24.3, T24.4, T24.7, T25.0, T25.3, T25.4, T25.7, T29.0, T29.3, T29.4, T29.7, T30.3, T30.7	T31.1, T31.2, T32.1, T32.2
		Термические и химические ожоги внутренних органов	T27.0, T27.1, T27.2, T27.3 T27.4, T27.5, T27.6, T27.7	

№ КСГ	Наименование КСГ	Комментарий (модель)	Коды МКБ-10	Дополнительные коды МКБ-10
st33.007	Ожоги (уровень 5)	Лечение пострадавших с глубокими ожогами 3 ст. (площадью более 30%)	T20.0, T20.3, T20.4, T20.7, T21.0, T21.3, T21.4, T21.7, T22.0, T22.3, T22.4, T22.7, T23.0, T23.3, T23.4, T23.7, T24.0, T24.3, T24.4, T24.7, T25.0, T25.3, T25.4, T25.7, T29.0, T29.3, T29.4, T29.7, T30.3, T30.7	T31.3, T31.4, T31.5, T31.6, T31.7, T31.8, T31.9, T32.3, T32.4, T32.5, T32.6, T32.7, T32.8, T32.9

Исключением являются ожоги дыхательной системы (коды МКБ-10), при наличии которых случай относится к КСГ st33.006 «Ожоги (уровень 4)» независимо от степени и площади ожога туловища.

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

T28.5	Химический ожог рта и глотки	st27.004	Другие болезни органов пищеварения, взрослые
T28.5	Химический ожог рта и глотки	st22.002	Другие болезни органов пищеварения, дети
T28.0	Термический ожог рта и глотки	st27.004	Другие болезни органов пищеварения, взрослые
T28.0	Термический ожог рта и глотки	st22.002	Другие болезни органов пищеварения, дети

15. Лекарственная терапия с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ

15.1. Особенности формирования КСГ st36.028-st36.047 и ds36.015-ds36.034 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровни 1-20)»

Отнесение к данным КСГ производится по комбинации иного классификационного критерия из диапазона «gsh001»-«gsh175», соответствующего МНН лекарственного препарата, наименованию и описанию схемы, количеству дней введения в соответствии со справочником «ГИБП, схемы ЛТ» файла «Расшифровка групп» и кода возраста «5» (от 0 дней

до 18 лет) или «6» (старше 18 лет).

Код возраста «6» применяется в случае, если схема лекарственной терапии назначается только пациентам старше 18 лет, а код возраста «5» в случае, если схема лекарственной терапии назначается только пациентам в возрасте от 0 дней до 18 лет. Также код возраста применяется в случае, если лекарственный препарат в соответствии с инструкцией по применению назначается в дозе из расчета на кг веса (мг/кг), и данная дозировка совпадает для пациентов в возрасте от 0 дней до 18 лет и пациентов старше 18 лет, при этом случаи лечения с применением данных схем могут быть отнесены к разным КСГ в зависимости от возраста пациента. Код возраста не указан для схем, применение которых возможно у детей и взрослых, при этом оплата не зависит от возраста пациента. Периодичность подачи счетов на оплату случаев госпитализации при лечении одного пациента по КСГ st36.028-st36.047 и ds36.015-ds36.034 определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по соответствующей нозологии.

Выбор КСГ для оплаты случая лечения осуществляется по общим правилам. В ряде случаев стоимость КСГ, определенной по коду основного заболевания, превышает стоимость КСГ с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (далее – ГИБП и СИ), и оплата в данном случае может осуществляться по КСГ, определенной по коду основного заболевания, при этом учитывается фактическая длительность лечения и наличие у КСГ, определяемой по коду основного заболевания, признака прерванности, в случае длительности госпитализации менее 3-х дней.

В случае лечения пациента лекарственными препаратами в таблетированной форме в стационарных условиях оплата случая осуществляется по КСГ, определенной по коду основного заболевания.

15.2. Особенности формирования КСГ st36.027 и ds36.014 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (инициация)»

Указанные КСГ применяются для оплаты проведения инициации или замены ГИБП и СИ для заболеваний и состояний, по которым не предусмотрена инициация или замена ГИПБ и СИ, либо предусмотрено назначение только ГИБП без возможности применения СИ, в рамках оказания ВМП.

Необходимо отметить, что поликомпонентная лекарственная терапия с включением (инициацией и заменой) ГИБП и СИ предполагает возможность повторной госпитализации, требующейся в связи с применением

насыщающих доз в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата как в рамках модели КСГ, так и при оказании ВМП.

Отнесение к данным КСГ производится по следующим комбинациям:

- кода МКБ-10, кода возраста «6» (старше 18 лет) и кода иного классификационного критерия «in», соответствующего терапии с инициацией или заменой генно-инженерных биологических лекарственных препаратов или селективных иммунодепрессантов или ингибиторов янус-киназ;
- кода МКБ-10, кода возраста «6» (старше 18 лет) и кода иного классификационного критерия «inc», соответствующего терапии с инициацией или заменой селективных иммунодепрессантов или ингибиторов янус-киназ;
- кода МКБ-10 и кода иного классификационного критерия «in», соответствующего терапии с инициацией или заменой генно-инженерных биологических лекарственных препаратов или селективных иммунодепрессантов или ингибиторов янус-киназ.

16. Особенности формирования КСГ st36.025, st36.026 и ds36.012, ds36.013 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции»

Оплата случаев иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции дифференцирована на две КСГ уровень 1 и уровень 2 в зависимости от возраста ребенка. При этом МНН лекарственного препарата и конкретизация возраста ребенка закодирована в ином классификационном критерии:

– irs1 «паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (дети до 2-х месяцев, включительно)»;

– irs2 «паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (дети старше 2-х месяцев)».

Для отнесения к КСГ st36.025, st36.026 и ds36.012, ds36.013 случай следует кодировать по коду МКБ-10 основного диагноза Z25.8 «Необходимость иммунизации против другой уточненной одной вирусной болезни», коду возраста «4» (от 0 дней до 2 лет) и коду иного классификационного критерия «irs1», соответствующего одному введению паливизумаба в рамках проведения иммунизации против РСВ инфекции для детей до 2-х месяцев (включительно) или «irs2», соответствующего одному введению паливизумаба в рамках проведения иммунизации против РСВ инфекции для детей старше 2-х месяцев.

Указанная КСГ может применяться как самостоятельно, в случае, когда

иммунизация против РСВ является основным поводом к госпитализации, так и в сочетании с КСГ или ВМП по профилям «неонатология», «детская хирургия в период новорожденности», «офтальмология», «сердечно-сосудистая хирургия», «педиатрия», «торакальная хирургия» для случаев госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся в том числе показанием к иммунизации.

Если иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции оплачивается в сочетании с другой КСГ, то случай следует кодировать с указанием диагноза Z25.8 «Необходимость иммунизации против другой уточненной одной вирусной болезни» в качестве дополнительного диагноза, кодом возраста «4» (от 0 дней до 2 лет) и коду иного классификационного критерия «irs1» или «irs2».

Детальное описание группировки указанных КСГ для круглосуточного и дневного стационара представлено в таблице.

КСГ	**Основной диагноз (Код МКБ-10)**	**Дополнительный диагноз (Код МКБ-10)**	**Возраст**	**Иной классификационный критерий**	**Описание классификационного критерия**
st36.025 или ds36.012 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)»	Z25.8		4	irs1	Паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (дети до 2-х месяцев, включительно)
st36.025 или ds36.012 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)»		Z25.8	4	irs1	Паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (дети до 2-х месяцев, включительно)
st36.026 или ds36.013 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)»	Z25.8		4	irs2	Паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (дети старше 2-х месяцев)
st36.026 или ds36.013 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)»		Z25.8	4	irs2	Паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (дети старше 2-х месяцев)

17. Оплата медицинской помощи при отторжении, отмирании трансплантата органов и тканей

После операции, при дисфункции трансплантированного органа, ведением реципиентов трансплантата занимаются врачи специализированных отделений центров трансплантации в стационаре, а врачи-специалисты наблюдают больных в позднем посттрансплантационном периоде, при поздней дисфункции трансплантата в условиях стационара и дневного стационара.

Учитывая особенности оказания проводимого лечения в стационарных условиях и дневном стационаре, необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента (2-3 недели). Отнесение случая к данным группам осуществляется по коду МКБ-10. При этом в период лечения, как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами.

Пример в условиях стационара:

КСГ st36.006 «Отторжение, отмирание трансплантата органов и тканей»

При этом при расчете стоимости необходимо учитывать поправочные коэффициенты (коэффициент сложности лечения пациентов (в том числе обусловленный наличием трансплантируемого органа), уровень оказания помощи).

Пример в условиях дневного стационара:

КСГ ds36.005 «Отторжение, отмирание трансплантата органов и тканей»

При этом при расчете стоимости необходимо учитывать поправочные коэффициенты (коэффициент сложности лечения пациентов (в том числе обусловленный наличием трансплантируемого органа), уровень оказания помощи).

При проведении экспертизы качества медицинской помощи необходимо оценивать обязательность проводимого лечения в полном объеме.

18. Особенности формирования реанимационных КСГ

Отнесение к КСГ st36.009 «Реинфузия аутокрови», КСГ st36.010 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация» и КСГ st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация» осуществляется

соответственно по следующим кодам услуг Номенклатуры:

Код услуги	Наименование услуги
A16.20.078	Реинфузия аутокрови (с использованием аппарата cell-saver)
A16.12.030	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
A16.10.021.001	Экстракорпоральная мембранная оксигенация

Оплата случаев лечения с применением данных медицинских услуг осуществляется по двум КСГ – по сочетанию КСГ для оплаты лечения основного заболевания, являющегося поводом для госпитализации, и одной из вышеуказанных КСГ.

Расчеты стоимости КСГ st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация» учитывают проведение экстракорпоральной мембранной оксигенации в условиях реанимационного отделения, в связи с чем случаи кратковременного проведения экстракорпоральной мембранной оксигенации, выполненной интраоперационно, не могут быть оплачены в рамках данной КСГ.

Отнесение случаев лечения пациентов с органной дисфункцией к КСГ st04.006 «Панкреатит с синдромом органной дисфункции», КСГ st12.007 «Сепсис с синдромом органной дисфункции», КСГ st12.013 «Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции», КСГ st27.013 «Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции», и КСГ st33.008 «Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции» осуществляется с учетом в том числе классификационного критерия – «оценка состояния пациента» с кодом «it1».

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

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

2. Оценка по шкале органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA) не менее 5 или оценка по шкале оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA) не менее 4.

Для кодирования признака «it1» должны выполняться одновременно оба условия. За основу берется оценка по шкале SOFA или pSOFA (для лиц младше 18 лет) в наиболее критическом за период госпитализации состоянии

пациента.

Оценка состояния пациента по шкале SOFA осуществляется на основе оценки дисфункции шести органных систем (дыхательная, коагуляционная, печеночная, сердечно-сосудистая, неврологическая, почечная). Оценка каждого параметра в 0 баллов соответствует легкой дисфункции, оценка в 4 балла соответствует тяжелой недостаточности.

Градации оценок по шкале SOFA:

Оценка	**Показатель**	**0 балл**	**1 балл**	**2 балла**	**3 балла**	**4 балла**
Дыхание	PaO2/FiO2, мм рт.ст.	≥ 400	< 400	< 300	< 200	< 100
Сердечно-Сосудистая Система	Среднее АД, мм рт.ст. или вазопрессоры, мкг/кг/мин	≥ 70	< 70	Дофамин < 5 или добутамин (любая доза)	Дофамин 5-15 или адреналин < 0,1 норадреналин < 0.1	Дофамин >15 или адреналин > 0,1 или норадреналин > 0,1
Коагуляция	Тромбоциты, 10 3/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.
- PaO2 в mm Hg и FIO2 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**
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 пациентов младше 18 лет используется модифицированная шкала pSOFA:

Оценка	Показатель	Баллы[a]				
		0 балл	**1 балл**	**2 балла**	**3 балла**	**4 балла**
Дыхание	PaO_2/FiO_2[b], мм рт.ст.	≥400	300-399	200-299	100-199 с респираторной поддержкой	<100 с респираторной поддержкой
	или SpO_2/FiO_2[c]	≥292	264-291	221-264	148-220 с респираторной поддержкой	<148 с респираторной поддержкой
Сердечно-сосудистая система	Среднее АД соответственно возрастной группе или инфузия вазоактивных препаратов, мм рт.ст. или мкг/кг/минd					
	< 1 мес. жизни	≥46	<46	Допамин гидрохлорид ≤ 5 или добутамин гидрохлорид (любой из препаратов)	Допамин гидрохлорид > 5 или эпинефрин ≤ 0.1 или норэпинефрин битартрат ≤ 0.1	Допамин гидрохлорид > 15 или эпинефрин > 0.1 или норэпинефрин битартрат > 0.1
	1 – 11 мес.	≥55	<55			
	12 – 23 мес.	≥60	<60			
	24 – 59 мес.	≥62	<62			
	60 – 143 мес.	≥65	<65			
	144 – 216 мес.[e]	≥67	<67			
Коагуляция	Тромбоциты, 10^3/мкл	≥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 соответственно возрастной группе, мг/дл					
	< 1 мес. жизни	<0.8	0.8-0.9	1.1-1.0	1.2-1.5	≥1.6
	1 – 11 мес.	<0.3	0.3-0.4	0.5-0.7	0.8-1.1	≥1.2
	12 – 23 мес.	<0.4	0.4-0.5	0.6-1.0	1.1-1.4	≥1.5
	24 – 59 мес.	<0.6	0.6-0.8	0.9-1.5	1.6-2.2	≥2.3
	60 – 143 мес.	<0.7	0.7-1.0	1.1-1.7	1.8-2.5	≥2.6
	144 – 216 мес.[e]	<1.0	1.0-1.6	1.7-2.8	2.9-4.1	≥4.2
ЦНС	Шкала Глазго, Баллы[f]	15	13-14	10-12	6-9	<6

Примечания:

a – 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.

b – PaO_2 измеряется в миллиметрах ртутного столба.

c – в расчете используется значение SpO_2 97% и ниже.

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

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

f – Расчет производился по педиатрической модификации Шкалы Комы Глазго.

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

	Старше 1 года		**Младше 1 года**	**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	**Старше 5 лет**	**От 2 до 5 лет**	**0-23 месяца**	
	Ориентирован	Осмысленные слова и фразы	Гулит/улыбается	5
	Дезориентирован	Бессмысленные слова	Плач	4
	Бессмысленные	Продолжающийся	Продолжающийся	3

	слова	плач и крик	неадекватный плач или крик	
	Нечленораздельные звуки	Стоны (хрюканье)	Стоны, ажитация, беспокойство	2
	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует	1

При этом субъект Российской Федерации вправе дополнительно выделять в рамках КСГ, утвержденных на федеральном уровне, подгруппы для случаев органной дисфункции с учетом установленных критериев (оценка по шкале SOFA не менее 5 баллов и непрерывное проведение ИВЛ в течение 72 часов и более или оценка по шкале pSOFA не менее 4 баллов и непрерывное проведение ИВЛ в течение 72 часов и более). Перечень КСГ, для которых рекомендуется дополнительно выделять подгруппы для случаев лечения пациентов с органной дисфункцией:

№ КСГ	Наименование КСГ
st02.002	Беременность, закончившаяся абортивным исходом
st02.003	Родоразрешение
st02.004	Кесарево сечение
st12.003	Вирусный гепатит острый
st16.006	Переломы черепа, внутричерепная травма
st16.008	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 2)
st29.007	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)

Отнесение к КСГ st36.008 «Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении» по коду МКБ-10 (основное заболевание) и коду классификационного критерия «it2», означающего непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 480 часов и более.

19. Особенности формирования КСГ st36.050 - st36.054 для случаев проведения антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами

Данные КСГ предусмотрены для оплаты дорогостоящей антимикробной лекарственной терапии инфекций, вызванных полирезистентными бактериями (резистентными к 3-м и более классам антимикробных препаратов) и грибками.

Модель оплаты антимикробной терапии предусматривает схемы, содержащие только антибактериальные препараты или только

антимикотические препараты (amt117, amt155, amt160).

Отнесение к КСГ st36.050 - st36.054 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровни 1 - 5)» осуществляется по коду иного классификационного критерия из диапазона «amt050» - «amt195», соответствующего коду схемы лекарственной терапии в соответствии со справочником «АМТ, схемы ЛТ» файла «Расшифровка групп».

Иные классификационные критерии для данных КСГ включают информацию о МНН лекарственного препарата или их комбинации, наименовании и описании схемы.

Для оплаты по данным КСГ обязательно наличие результатов микробиологического исследования материала из очага инфекции и (или) из крови с выделением одного или нескольких полирезистентных микроорганизмов, при этом допускается назначение лечения до получения результатов микробиологического исследования. Также не ограничена возможность использования в составе применяемой схемы других антимикробных лекарственных препаратов, не включенных в состав схемы. Минимальная длительность лечения для данных КСГ составляет 5 дней при проведении антибактериальной терапии и 10 дней при проведении антимикотической терапии.

Оплата случая лечения по указанным КСГ во всех случаях осуществляется в сочетании с основной КСГ, оказание медицинской помощи по которой послужило поводом для госпитализации.

В случае одновременного назначения схем антибактериальной и антимикотической терапии или последовательного назначения нескольких курсов антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами, осуществляется оплата по нескольким КСГ, однако не допускается выставление случая по двум КСГ из перечня st36.050 - st36.054 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1 - 5)» с пересекающимися сроками лечения, в случае если обе схемы относятся к антибактериальной или антимикотической терапии.

Перечень схем, относящихся к антибактериальной или антимикотической терапии, представлен в справочнике «АМТ, схемы ЛТ» файла «Расшифровка групп».

20. Особенности формирования реабилитационных КСГ

Отнесение к КСГ st37.001-st37.035 и ds37.001-ds37.019, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел В) в большинстве случаев вне зависимости от диагноза. В КСГ, используемые для оплаты медицинской

реабилитации пациентов с заболеваниями центральной нервной системы, дополнительно включен диагноз «Рассеянный склероз» (код МКБ-10 G35).

Также для отнесения к группе КСГ учитывается иной классификационный критерий, в котором учтены следующие параметры:

- шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ), установленной Порядком медицинской реабилитации взрослых;
- уровень курации установленный порядком медицинской реабилитации для детей;
- оптимальная длительность реабилитации в койко-днях (пациенто-днях);
- факт проведения медицинской реабилитации после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19;
- факт назначения ботулинического токсина;
- факт применения роботизированных систем;
- факт сочетания (выполнения) 2-х и более медицинских услуг и другие.

Перечень иных классификационных критериев представлен в справочнике «ДКК» файла «Расшифровка групп».

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.

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

Отнесение к КСГ «Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации» (КСГ st37.015 и ds37.010) осуществляется по коду медицинской услуги B05.028.001 «Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями органа слуха» или B05.046.001 «Слухо-речевая реабилитация глухих детей с кохлеарным имплантом» в сочетании с двумя классификационными критериями: возраст до 18 лет (код 5) и код классификационного критерия «rbs».

Классификационный критерий «rbs» означает обязательное сочетание двух медицинских услуг: B05.069.005 «Разработка индивидуальной программы дефектологической реабилитации» и B05.069.006 «Разработка индивидуальной программы логопедической реабилитации».

21. Особенности формирования КСГ для случаев лечения дерматозов (st06.004- st06.007 и ds06.002- ds06.005)

Отнесение к КСГ st06.004 и ds06.002 «Лечение дерматозов с применением наружной терапии» производится только по коду МКБ-10 (диагнозу).

Отнесение к КСГ st06.005 и ds06.003 «Лечение дерматозов с применением наружной терапии, физиотерапии, плазмафереза», st06.006 и ds06.004 «Лечение дерматозов с применением наружной и системной терапии», st06.007 и ds06.005 «Лечение дерматозов с применением наружной терапии и фототерапии» производится по комбинации кода МКБ-10 (диагноза) и иного классификационного критерия из диапазона «derm1»-«derm9», соответствующего примененному виду терапии в соответствии со справочником «ДКК» файла «Расшифровка групп». Для случаев лечения псориаза в ином классификационном критерии также предусмотрена оценка индекса тяжести и распространенности псориаза (PASI).

Также в указанные КСГ добавлен код МКБ-10 C84.0 - Грибовидный микоз. При этом сочетание кода C84.0 с иным классификационным критерием «derm4», или «derm5», или «derm7», или «derm8» возможно только при оказании медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология».

22. Оплата случаев лечения соматических заболеваний, осложненных старческой астенией

КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией» формируется с учетом двух классификационных критериев – основного диагноза пациента (из установленного Расшифровкой групп перечня) и сопутствующего диагноза пациента (R54 Старческая астения).

Обязательным условием для оплаты медицинской помощи по данной КСГ также является лечение на геронтологической профильной койке.

23. Оплата медицинской помощи с применением методов диализа

Примеры КСГ в стационарных условиях:

КСГ st18.002 «Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа». Группа формируется исходя из соответствующих кодов МКБ-10 и кодов номенклатуры, обозначающих выполнение услуг, обеспечивающих доступ для диализа.

КСГ st18.001 «Почечная недостаточность».

Группа включает острое и устойчивое нарушение функции почек (острая почечная недостаточность и хронические болезни почек).

Пример в условиях дневного стационара:

КСГ ds18.002 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ».

Данная группа включает в себя затраты на лекарственные препараты для лечения и профилактики осложнений диализа (эритропоэз стимулирующие препараты, препараты железа, фосфат связывающие вещества, кальцимиметики, препараты витамина Д и др.).

КСГ ds18.003 «Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа»

Группа формируется исходя из соответствующих кодов МКБ -10 и кодов номенклатуры, обозначающих выполнение услуг, обеспечивающих доступ для диализа.

При этом стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг прибавляется в рамках одного случая лечения по всем КСГ. Перечень рекомендуемых коэффициентов относительной затратоемкости к базовым тарифам (А18.05.002 «Гемодиализ» и А18.30.001 «Перитонеальный диализ») для оплаты диализа (без учета коэффициента дифференциации), представлен в Приложении 2 к настоящим рекомендациям. Поправочные коэффициенты: КУС, КСЛП, коэффициент специфики распространяются только на КСГ, установленные Программой, и подгруппы в их составе. Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг диализа недопустимо.

24. Оплата медицинской помощи при досуточной госпитализация в диагностических целях

КСГ st36.048 «Досуточная госпитализация в диагностических целях» предусматривает возможность оплаты за счет средств обязательного медицинского страхования нахождение пациента при заболеваниях и состояниях в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в стационарном отделении скорой медицинской помощи, порядок организации деятельности которой определен приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013 № 388н, продолжительностью не более 24 часов, в том числе для проведения

необходимых лабораторных и/или диагностических исследований с последующим принятием решения о госпитализации либо выписке.

В случае последующей госпитализации пациента в отделение той же медицинской организации оплата медицинской помощи по данной КСГ не осуществляется.

25. Оплата медицинской помощи при лечении с применением препаратов иммуноглобулина

В целях учета объема фактически введенного пациенту в период случая лечения лекарственного препарата иммуноглобулин человека нормальный Программой в составе КСГ st36.001 и ds36.001 «Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина» выделены 15 схем лекарственной терапии, предусматривающие различные дозировки.

Детальное описание всех схем лекарственной терапии с применением лекарственного препарата иммуноглобулин человека нормальный представлено на листе «ДКК» в составе Группировщика.

В случае, если фактически введенная в период случая лечения доза не соответствует ни одной из схем, представленных в Группировщике, выбор схемы для указания в реестрах счетов осуществляется путем округления фактически введенной дозы по правилам математического округления.

Приложение 10

ПРАВИЛА ВЫДЕЛЕНИЯ И ПРИМЕНЕНИЯ ПОДГРУПП

Настоящие правила регламентируют подходы к выделению подгрупп в структуре КСГ и их применению для оплаты медицинской помощи.

Выделение подгрупп рекомендуется проводить после всестороннего анализа информации, проведения моделирования и экономических расчетов, подтверждающих целесообразность такого шага.

Увеличение количества групп должно осуществляться только через ***выделение подгрупп в структуре стандартного перечня КСГ***. При этом необходимо придерживаться следующих правил:

- номер подгруппы формируется из номера базовой КСГ, точки и порядкового номера подгруппы в группе;
- наименование подгруппы совпадает с наименованием базовой КСГ либо содержит наименование базовой КСГ со смысловым дополнением;
- совокупность всех подгрупп в составе одной КСГ должна включать в себя весь объем медицинской помощи, включенный в базовую КСГ. Включение в подгруппы в составе КСГ медицинской помощи, которая не была включена в базовую КСГ, не допускается.

Пример:

Базовая КСГ:

№ КСГ	Наименование КСГ	КЗ
st05.003	Нарушения свертываемости крови	4,50

После разделения на подгруппы:

КСГ	Наименование КСГ	КЗ
st05.003.1	Нарушения свертываемости крови, уровень 1	3,15
st05.003.2	Нарушения свертываемости крови, уровень 2	6,52

Формирование подгрупп может осуществляться следующими основными способами:

1-й способ: выделение подгрупп с использованием справочников МКБ 10 и Номенклатуры.

Данный способ предполагает, что базовая КСГ делится на подгруппы через разнесение кодов основных классификационных справочников (МКБ-10

и Номенклатура), используемых при формировании базовой КСГ.

Внимание: формирование подгрупп из кодов МКБ-10 и Номенклатуры, входящих в разные базовые КСГ, не допускается.

2-й способ: выделение подгрупп с использованием схемы лекарственной терапии или МНН лекарственных препаратов.

В рамках данного способа базовая КСГ делится на подгруппы на основании схем лекарственной терапии или кодов МНН, как в случае их использования в базовой КСГ, так и при отсутствии схемы/МНН в базовой КСГ. В случае отсутствия схемы/МНН в базовой КСГ предполагается формирование соответствующего перечня возможных к применению в рамках указанной КСГ лекарственных препаратов строго в соответствии с клиническими рекомендациями. Данный способ выделения подгрупп целесообразно применять в случае отсутствия соответствующих услуг по назначению лекарственных препаратов в Номенклатуре, но необходимости назначения соответствующего лечения согласно клиническим рекомендациям.

3-й способ: выделение подгрупп через введение дополнительно установленных классификационных критериев.

Введение дополнительно установленных классификационных критериев приводит к созданию новых, как позитивных, так и негативных экономических стимулов, для медицинских организаций. Поэтому данный способ может применяться исключительно в тех случаях, когда классификационный критерий отвечает следующим основным требованиям:

- основания к применению данного критерия должны быть четко регламентированы нормативными документами (например, в клинических протоколах, стандартах медицинской помощи);
- применение дополнительно установленного классификационного критерия легко проконтролировать.

Классификационный критерий должен быть включен в реестр счетов на оплату медицинской помощи.

Примеры дополнительно установленных классификационных критериев:

- длительное пребывание на профильной койке (реанимационные, реанимационные для новорожденных, интенсивной терапии, интенсивной терапии для новорожденных) или использование дорогостоящих реанимационных технологий;
- тяжесть состояния больных, характеризующаяся однозначными клиническими критериями;
- осложнение, серьезное сопутствующее заболевание.

Внимание: *формирование подгрупп целесообразно предусматривать, если количество случаев, которые планируется выделить в подгруппу*

статистически репрезентативно, и их большая затратоемкость внутри действующей КСГ, является закономерным (систематически встречающимся) явлением. Оплату отдельных, редко встречающихся, затратных случаев целесообразно осуществлять с применением коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП).

По мере внедрения системы КСГ необходимо постоянно осуществлять мониторинг объемных показателей и количества случаев в разрезе подгрупп, прежде всего, имеющих повышенный коэффициент затратоемкости (по сравнению с базовой КСГ). При возникновении чрезмерного роста таких случаев необходимо пересмотреть подходы к формированию подгрупп, а также регулярно проводить медико-экономическую экспертизу.

Расчет весовых коэффициентов подгрупп

Основным условием расчета весовых коэффициентов подгрупп является необходимость сохранить принцип бюджетной нейтральности и обеспечить, ***чтобы СКЗ подгрупп равнялся коэффициенту затратоемкости базовой группы***.

При этом, при необходимости, коэффициент затратоемкости базовой группы может быть скорректирован коэффициентом специфики, в соответствии с рекомендациями.

Количество случаев по каждой подгруппе планируется в соответствии с количеством случаев за предыдущий год, с учетом запланированной динамики на текущий год.

1 этап: Расчет КЗ «приоритетной группы», или всех КЗ, кроме последней группы

Как правило, выделение подгрупп предполагает определение группы случаев в структуре базовой КСГ, которые предполагается оплачивать по более высокому тарифу, чем остальные случаи в группе.

Средняя стоимость таких случаев рассчитывается в соответствии с действующими нормативными актами (методологией расчета тарифов). Далее, рассчитывается КЗ выделяемой подгруппы по формуле:

$$\text{КЗ}_{\text{n}} = \frac{\text{СС}_{\text{n}}}{\text{БС}},$$

где:

КЗ_{N} коэффициент затратоемкости подгруппы N;

СС_{N} средняя стоимость случая, входящего в подгруппу N;

БС базовая ставка финансирования, утвержденная тарифным соглашением.

2 этап: Определяется КЗ «оставшейся» подгруппы

Расчетный коэффициент затратоемкости оставшейся подгруппы определяется по формуле:

2. Для самой последней подгруппы по формуле:

$$КЗ_m = \frac{КЗ \times КС - КЗ_1 \times КС_1 - \ldots - КЗ_{m-1} \times КС_{m-1}}{КС_m},$$

где:

$КЗ_m$ – коэффициент затратоемкости оставшейся (последней) подгруппы;

КЗ – коэффициент затратоемкости основной группы;

КС – количество случаев, планируемых по группе в целом;

$КЗ_1$ – коэффициент затратоемкости подгруппы 1;

$КС_1$ – количество случаев, планируемых по подгруппе 1;

$КЗ_{m-1}$ – коэффициент затратоемкости подгруппы m-1;

$КС_{m-1}$ – количество случаев, планируемых по подгруппе m-1;

$КС_m$ – количество случаев, планируемых по оставшейся (последней) подгруппе.

Необходимо учитывать, что выделение подгрупп может внести существенные искажения в систему финансирования. Например, если количество случаев в «дорогой» подгруппе будет большим, и расчетная средняя стоимость в этой подгруппе существенно превышает стоимость случая в других подгруппах, то более «дешевые» подгруппы могут получить крайне низкий КЗ. Для обеспечения баланса в системе финансирования необходимо использовать, при необходимости, другие инструменты коррекции рисков (коэффициент специфики, коэффициент уровня медицинской организации и др.).

Приложение 11

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ПОДХОДЫ К БАЛЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ И ПОРЯДОК РАСЧЕТА ЗНАЧЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
Взрослое население (в возрасте 18 лет и старше)					**35**			
Оценка эффективности профилактических мероприятий								
1	1	Доля лиц в возрасте от 18 до 39 лет, не прошедших в течение последних двух лет профилактический медицинский осмотр или диспансеризацию, от общего числа прикрепленного населения этой возрастной группы. (D_{18-39})	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	**Для медицинских организаций, значение показателя которых выше среднего значения по субъекту Российской Федерации**:** Уменьшение ≥ 3% - 3 балла; Уменьшение ≥ 2% - 2 балла; Уменьшение 0% < < 2% - 1 балл; Увеличение ≥ 0% - 0 баллов. **Для медицинских организаций, значение показателя которых равно или ниже среднего значения по субъекту Российской Федерации:** При условии снижения по сравнению с предыдущим периодом или достижения минимально возможного значения показателя - 3 балла; В иных случаях - 2 балла.	3	$D_{18-39} = \frac{P_{18-39} - S_{18-39}}{P_{18-39}} \times 100\%,$ где: S_{18-39} - число лиц в возрасте от 18 до 39 лет (включительно), прошедших профилактический медицинский осмотр или диспансеризацию за период; P_{18-39} - число прикрепленных лиц к медицинской организации в возрасте от 18 до 39 лет (включительно), среднее значение за период.	Процент	Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра формата ДЗ «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации»: - дата окончания лечения; - цель посещения; - дата рождения. Источник информации о прикреплении лиц к медицинской организации – ФЕРЗЛ
2	26	Доля лиц в возрасте от 40 до 65 лет, не прошедших в течение последних двух лет профилактический медицинский осмотр или диспансеризацию, от общего числа прикрепленного населения этой возрастной группы. (D_{40-65})	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	**Для медицинских организаций, значение показателя которых выше среднего значения по субъекту Российской Федерации:** Уменьшение ≥ 3% - 3 балла; Уменьшение ≥ 2% - 2 балла; Уменьшение 0% < < 2% - 1 балл. Увеличение ≥ 0% - 0 баллов. **Для медицинских организаций, значение показателя которых равно или ниже среднего значения по субъекту Российской Федерации:**	3	$D_{40-65} = \frac{P_{40-65} - S_{40-65}}{P_{40-65}} \times 100\%,$ где: S_{40-65} - число лиц в возрасте от 40 до 65 лет (включительно), прошедших профилактический медицинский осмотр или диспансеризацию за период; P_{40-65} - число прикрепленных лиц к медицинской организации в возрасте от	Процент	Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра формата ДЗ «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации»: - дата окончания лечения; - цель посещения; - дата рождения. Источник информации о

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
				При условии снижения по сравнению с предыдущим периодом или достижения минимально возможного значения показателя - 3 балла; В иных случаях - 2 балла.		40 до 65 лет (включительно), среднее значение за период.		прикреплении лиц к медицинской организации – ФЕРЗЛ
3	2	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения с впервые в жизни установленным диагнозом за период. ($D_{\text{БСК}}$)	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	**Для медицинских организаций, значение показателя которых ниже среднего по субъекту Российской Федерации:** Прирост ≥ 10% - 2 балла. Прирост ≥ 5% - 1 балл; Прирост < 5% - 0 баллов. **Для медицинских организаций, значение показателя которых равно или выше среднего по субъекту Российской Федерации:** При условии прироста по сравнению с предыдущим периодом или достижения максимально возможного значения показателя - 2 балла; В иных случаях - 1 балл.	2	$D_{\text{БСК}} = \frac{BSK\text{дисп}}{BSK\text{вп}} \times 100\%,$ где: BSKдисп - число взрослых с болезнями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактическом медицинском осмотре или диспансеризации за период; BSKвп - общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом, относящимся к болезням системы кровообращения, за период. **Коды МКБ**: **I00 - I99** – Болезни системы кровообращения **Q20 - Q28** – Врожденные аномалии [пороки развития] системы кровообращения	Процент	Расчет показателя осуществляется путем отбора информации по полям реестра формата Д3 «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации» и формата Д1 «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи за период, кроме ВМП, диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, медицинской помощи при подозрении на ЗНО»: -дата окончания лечения; -диагноз основной; -впервые выявлено (основной); -характер заболевания -цель посещения; -дата рождения.

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
4	3	Доля взрослых с подозрением на злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах или диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период. ($D_{\text{ЗНО}}$)	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	**Для медицинских организаций, значение показателя которых ниже среднего по субъекту Российской Федерации:** Прирост ≥ 5% - 2 балла; Прирост ≥ 3% - 1 балл; Прирост < 3% - 0 баллов. **Для медицинских организаций, значение показателя которых равно или выше среднего по субъекту Российской Федерации:** При условии прироста по сравнению с предыдущим периодом или достижения максимально возможного значения показателя - 2 балла; В иных случаях - 1 балл.	2	$D_{\text{ЗНО}} = \frac{ZNO\text{дисп}}{ZNO\text{вп}} \times 100\%,$ где: ZNOдисп - число взрослых с подозрением на злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактическом медицинском осмотре или диспансеризации за период; ZNOвп - общее число взрослых пациентов с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период. **Коды МКБ**: **C00-C96** – Злокачественные новообразования. **D00-D09** – In situ новообразования	Процент	Расчет показателя осуществляется путем отбора информации по полю «признак подозрения на злокачественное новообразование» реестра формата Д3 «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации». Движение пациента отслеживается по формату реестра Д4 «Файл со сведениями при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования»: - диагноз основной, - характер основного заболевания.
5	4	Доля взрослых с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий	**Для медицинских организаций, значение показателя которых ниже среднего по субъекту Российской Федерации:** Прирост ≥ 10% - 2 балла;	2	$D_{\text{ХОБЛ}} = \frac{H\text{дисп}}{H\text{вп}} \times 100\%,$ где:	Процент	Расчет показателя осуществляется путем отбора информации по полям реестра формата Д3 «Файл со сведениями

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
		впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период. ($D_{\text{ХОБЛ}}$)	период	Прирост ≥ 5% - 1 балл; Прирост < 5% - 0 баллов. **Для медицинских организаций, значение показателя которых равно или выше среднего по субъекту Российской Федерации:** При условии прироста по сравнению с предыдущим периодом или достижения максимально возможного значения показателя - 2 балла; В иных случаях - 1 балл.		Hдисп - число взрослых с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактическом медицинском осмотре или диспансеризации за период; Hвп - число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период. **Коды МКБ:** **J44** - Другая хроническая обструктивная легочная болезнь: **J44.8** – Другая уточненная хроническая обструктивная легочная болезнь **J44.9** - Хроническая обструктивная легочная болезнь неуточненная		об оказанной медицинской помощи при диспансеризации» и формата Д1 «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи за период, кроме ВМП, диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, медицинской помощи при подозрении на ЗНО»: -дата окончания лечения; -диагноз основной; -впервые выявлено (основной); -характер заболевания; -цель посещения; -дата рождения.
6	5	Доля взрослых с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	**Для медицинских организаций, значение показателя которых ниже среднего по субъекту Российской Федерации:** Прирост ≥ 10% - 2 балла; Прирост ≥ 5% - 1 балл; Прирост < 5% - 0 баллов. **Для медицинских организаций, значение показателя которых равно или выше среднего по субъекту Российской Федерации:**	2	$D_{\text{СД}} = \frac{SD_{\text{ДИСП}}}{SD_{\text{ВП}}} \times 100\%,$ где: $SD_{\text{ДИСП}}$ - число взрослых с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактическом медицинском осмотре и диспансеризации за период; $SD_{\text{ВП}}$ - число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам формата Д3 «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации» и формата Д1 «Файл со сведениями об

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
		диагнозом сахарный диабет за период. ($D_{СД}$)		При условии прироста по сравнению с предыдущим периодом или достижения максимально возможного значения показателя - 2 балла; В иных случаях - 1 балл.		диагнозом сахарный диабет за период. **Коды МКБ**: **E10-E14 –** Сахарный диабет		оказанной медицинской помощи за период, кроме ВМП, диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, медицинской помощи при подозрении на ЗНО». Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: -дата окончания лечения; -диагноз основной; -впервые выявлено (основной); -характер заболевания; -цель посещения; -дата рождения.
7	6	Доля взрослых с подозрением на злокачественное новообразование органов дыхания, выявленным впервые при профилактическом медицинском осмотре или диспансеризации, от общего числа взрослых пациентов с подозрением на злокачественное	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	**Для медицинских организаций, значение показателя которых ниже среднего по субъекту Российской Федерации:** Прирост ≥ 10% - 3 балла; Прирост ≥ 5% - 2 балла; Прирост 0% < < 5% - 0,5 балла; Уменьшение ≥ 0% - 0 баллов. **Для медицинских организаций, значение показателя равно или выше среднего по субъекту Российской Федерации:**	3	$D_{ЗНОД} = \frac{ZNO диспд}{ZNO впд} \times 100\%,$ где: ZNOдиспд - число взрослых с подозрением на злокачественное новообразование органов дыхания, выявленным впервые при профилактическом медицинском осмотре или диспансеризации за период; ZNOвпд - число взрослых пациентов с	Процент	Расчет показателя осуществляется путем отбора информации по полям реестра формата ДЗ «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации" предусматривает поле реестра "признак подозрения на злокачественное новообразование».

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
		новообразование или впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование органов дыхания. ($D_{ЗНОД}$)		При условии прироста по сравнению с предыдущим периодом или достижения максимально возможного значения показателя - 3 балла; В иных случаях - 2 балла.		подозрением на злокачественное новообразование органов дыхания или впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование органов дыхания за период. **Коды МКБ:** **C34.0** - Злокачественное новообразование главных бронхов. **C34.1** - Злокачественное новообразование верхней доли, бронхов или легкого. **C34.2** - Злокачественное новообразование средней доли, бронхов или легкого. **C34.3** - Злокачественное новообразование нижней доли, бронхов или легкого. **C34.8** - Злокачественное новообразование бронхов или легкого, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций **C34.9** - Злокачественное новообразование бронхов или легкого неуточненной локализации		Движение пациента отслеживается по формату реестра Д4 «Файл со сведениями при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования»: - диагноз основной, - характер основного заболевания.
8	22	Доля мужчин с подозрением на злокачественное новообразование предстательной железы, выявленным впервые при профилактическом медицинском осмотре	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период.	**Для медицинских организаций, значение показателя которых ниже среднего по субъекту Российской Федерации:** Прирост ≥ 10% - 3 балла; Прирост ≥ 5% - 2 балла; Прирост 0 % < < 5% - 0,5 балла; Уменьшение ≥ 0% - 0 баллов.	3	$D_{Cmale} = \frac{S_{Cmale}}{N_{Cmale}} \cdot 100\%,$ где: S_{Cmale} - число мужчин с подозрением на злокачественное новообразование предстательной железы, выявленным	Процент	Расчет показателя осуществляется путем отбора информации по полям реестра формата Д3 «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации"

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
		или диспансеризации, от общего числа мужчин с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни установленным злокачественным новообразованием предстательной железы. (D_{Cmale})		**Для медицинских организаций, значение показателя равно или выше среднего по субъекту Российской Федерации:** При условии прироста по сравнению с предыдущим периодом или достижения максимально возможного значения показателя - 3 балла; В иных случаях - 2 балла.		впервые при профилактическом медицинском осмотре или диспансеризации за период; N_{Cmale} - число мужчин с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни установленное злокачественное новообразование предстательной железы за период. **Код МКБ:** **С61** - Злокачественное новообразование предстательной железы		предусматривает поле реестра "признак подозрения на злокачественное новообразование». Движение пациента отслеживается по формату реестра Д4 «Файл со сведениями при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования»: - диагноз основной, - характер основного заболевания.
Оценка эффективности диспансерного наблюдения								
9	7	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения с высоким риском развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (которые перенесли острое нарушение мозгового	Достижение планового показателя	100% плана или более - 2 балла; Выше среднего значения по субъекту Российской Федерации - 1 балл Менее 100% от плана, но с приростом показателя по сравнению с предыдущем периодом – 1 балл; Менее 100% от плана, равно или со	2	$DN\text{риск} = \frac{R\text{дн}}{R\text{вп}} \times 100\%,$ где: Rдн - число взрослых с болезнями системы кровообращения с высоким риском развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (которые перенесли острое нарушение мозгового	Процент	Источником информации является информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерным наблюдением (гл. 16 Приказ 496н МЗ РФ). Расчет показателя

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
		кровообращения, инфаркт миокарда, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний), состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения с высоким риском развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда,		снижением показателя по сравнению с предыдущем периодом – 0 баллов.		кровообращения, инфаркт миокарда, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний), состоящих под диспансерным наблюдением. *R*вп - общее число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения с высоким риском развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний), обратившихся за медицинской помощью за период. **Коды МКБ:** **I60-I64** – Острое нарушение мозгового кровообращения		осуществляется путем отбора информации по полям реестра в формате Д1 «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи за период, кроме ВМП, диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, медицинской помощи при подозрении на ЗНО»: - дата окончания лечения; - результат обращения; - диагноз основной; - диагноз сопутствующего заболевания; - диагноз осложнения заболевания; - диспансерное наблюдение.

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
		страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний). (DNриск)				**I21 - I22 –** Инфаркт миокарда **I25.2** - Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда **I25.8** - Другие формы хронической ишемической болезни сердца **I20-I25 + I48 + I50** – Ишемическая болезнь сердца + Фибрилляция и трепетание предсердий + Сердечная недостаточность **Z95.1** – Наличие аортокоронарного шунтового трансплантата **Z95.5** – Наличие коронарного ангиопластичного имплантата и трансплантата		
10	8	Доля лиц 18 лет и старше, состоявших под диспансерным наблюдением по поводу болезней системы кровообращения, госпитализированных в связи с обострениями или осложнениями болезней системы кровообращения, по поводу которых пациент состоит на диспансерном наблюдении, от всех лиц соответствующего	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	**Для медицинских организаций, значение показателя которых, выше среднего значения по субъекту Российской Федерации:** Уменьшение ≥ 3% - 2 балла; Уменьшение ≥ 2% - 1 балл; Уменьшение < 2% - 0 баллов. **Для медицинских организаций, значение показателя равно или ниже среднего значения по субъекту Российской Федерации:** При условии снижения по сравнению с предыдущим периодом или достижения минимально возможного значения показателя - 2 балла;	2	$DN_{\text{БСКГ}} = \frac{N_{\text{БСКГ}}}{N_{\text{БСК}}} \cdot 100\%,$ где: $N_{\text{БСКГ}}$ - число взрослых, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу болезней системы кровообращения, госпитализированных в связи с обострением или осложнением болезней системы кровообращения, по поводу которых пациент состоит на диспансерном наблюдении, за период. $N_{\text{БСК}}$ - число взрослых, состоящих под диспансерным наблюдении по поводу болезней системы кровообращения за	Процент	Источником информации является информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерным наблюдением (гл. 16 Приказ 496н МЗ РФ). Расчет показателя осуществляется путем отбора информации по полям реестра в формате Д1 «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи за

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
		возраста, состоявших на диспансерном наблюдении по поводу болезней системы кровообращения за период. ($DN_{БСКГ}$)		В иных случаях - 1 балл.		период. **Коды МКБ:** **I05 - I09** – Хронические ревматические болезни сердца **I10 - I15** – Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением **I20 - I25** – Ишемическая болезнь сердца **I26** – Легочная эмболия **I27.0** – Первичная легочная гипертензия **I27.2** – Другая вторичная легочная гипертензия **I27.8** – Другие уточненные формы легочно-сердечной недостаточности **I28** – Другие болезни легочных сосудов **I33** – Острый и подострый эндокардит **I34 - I37** – Неревматические поражения митрального клапана, аортального клапана, трехстворчатого клапана, поражения клапана легочной артерии **I38 - I39** – Эндокардит, клапан не уточнен, эндокардит и поражения клапанов сердца при болезнях, классифицированных в других рубриках **I40** – Острый миокардит **I41** – Миокардит при болезнях, классифицированных в других рубриках **I42** – Кардиомиопатия **I44 - I49** – Предсердно-желудочковая [атриовентрикулярная] блокада и блокада левой ножки пучка [Гиса]; другие нарушения проводимости;		период, кроме ВМП, диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, медицинской помощи при подозрении на ЗНО»: - дата окончания лечения; - результат обращения; - диагноз основной; - диагноз сопутствующего заболевания; - диагноз осложнения заболевания; - диспансерное наблюдение; - характер заболевания; - форма оказания медицинской помощи.

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
						остановка сердца; пароксизмальная тахикардия; фибрилляция и трепетание предсердий; другие нарушения сердечного ритма **I50** – Сердечная недостаточность **I51.0 - I51.2** – Дефект перегородки сердца приобретенный, разрыв сухожилий хорды, не классифицированный в других рубриках, разрыв сосочковой мышцы, не классифицированный в других рубриках **I51.4** – Миокардит неуточненный **I67.8** – Другие уточненные поражения сосудов мозга **I69.0 - I69.4** – Последствия субарахноидального кровоизлияния, внутричерепного кровоизлияния, другого нетравматического внутричерепного кровоизлияния, последствия инфаркта мозга и инсульта, не уточненные как кровоизлияния или инфаркт мозга **I71** – Аневризма и расслоение аорты **I65.2** – Закупорка и стеноз сонной артерии **E78** – Нарушения обмена липопротеинов и другие липидемии **Q20 - Q28** – Врожденные аномалии [пороки развития] системы кровообращения **Z95.0** – Наличие искусственного водителя сердечного ритма **Z95.1** – Наличие аортокоронарного шунтового трансплантата		

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
						Z95.2 - Z95.4, Z95.8, Z95.9 – Наличие протеза сердечного клапана, наличие ксеногенного сердечного клапана, наличие другого заменителя сердечного клапана, наличие других сердечных и сосудистых имплантатов и трансплантатов, наличие сердечного и сосудистого имплантата и трансплантата неуточненных **Z95.5** – Наличие коронарного ангиопластичного имплантата трансплантата		
11	9	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период. (DNбск)	Достижение планового показателя	100% плана или более - 1 балл; Выше среднего значения по субъекту Российской Федерации - 0,5 балла Менее 100% от плана, но с приростом показателя по сравнению с предыдущем периодом - 0,5 балла; Менее 100% от плана, равно или со снижением показателя по сравнению с предыдущем периодом - 0 баллов.	1	$DN\text{бск} = \frac{BSK\text{дн}}{BSK\text{вп}} \times 100,$ где: BSKдн - число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период; BSKвп - общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период. **Коды МКБ:** **I00 - I99** – Болезни системы кровообращения **Q20 - Q28** – Врожденные аномалии [пороки развития] системы кровообращения	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра в формате Д1 «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи за период, кроме ВМП, диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, медицинской помощи при подозрении на ЗНО»: -дата постановки на диспансерный учет; -диагноз основной;

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
								-возраст пациента; -характер заболевания; - впервые выявлено (основной); -дата рождения. Источником информации является информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерном наблюдением (гл.16 Приказ 496н МЗ РФ)
12	10	Доля взрослых с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период. (DNхобл)	Достижение планового показателя	100% плана или более - 1 балл; Выше среднего значения по субъекту Российской Федерации - 0,5 балла Менее 100% от плана, но с приростом показателя по сравнению с предыдущем периодом - 0,5 балла; Менее 100% от плана, равно или со снижением показателя по сравнению с предыдущем периодом - 0 баллов.	1	$DN\text{хобл} = \frac{H\text{дн}}{H\text{вп}} \times 100,$ где: Hдн - число взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период; Hвп - общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период. **Коды МКБ:** **J44** - Другая хроническая обструктивная легочная болезнь: **J44.8** – Другая уточненная хроническая обструктивная легочная болезнь	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра в формате Д1 «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи за период, кроме ВМП, диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, медицинской помощи при подозрении на ЗНО»: -дата постановки на

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
						J44.9 - Хроническая обструктивная легочная болезнь неуточненная		диспансерный учет; -диагноз основной; -возраст пациента; -характер заболевания; - впервые выявлено (основной); -дата рождения. Источником информации является информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерном наблюдением (гл.16Приказ 496н МЗ РФ)
13	11	Доля взрослых с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период. (DNсд)	Достижение планового показателя	100% плана или более - 2 балла; Выше среднего значения по субъекту Российской Федерации - 1 балл Менее 100% от плана, но с приростом показателя по сравнению с предыдущем периодом - 1 балл; Менее 100% от плана, равно или со снижением показателя по сравнению с предыдущем периодом - 0 баллов.	2	$DN\text{сд} = \frac{SD\text{дн}}{SD\text{вп}} \times 100,$ где: SDдн - число взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период; SDвп - общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период. **Коды МКБ:** **E10-E11 –** Сахарный диабет	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра в формате Д1 «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи за период, кроме ВМП, диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, медицинской помощи

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
								при подозрении на ЗНО»: -дата постановки на диспансерный учет; -диагноз основной; -возраст пациента; -характер заболевания; - впервые выявлено (основной); -дата рождения. Источником информации является информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерном наблюдением (гл.16 Приказ 496н МЗ РФ)
14	12	Доля взрослых, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	**Для медицинских организаций, значение показателя которых, выше среднего значения по субъекту Российской Федерации:** Уменьшение < 5 % - 0 баллов; Уменьшение ≥ 5 % - 1 балл; Уменьшение ≥ 10 % - 2 балла. **Для медицинских организаций, значение показателя равно или ниже среднего значения по субъекту Российской Федерации:** При условии снижения по сравнению с предыдущим периодом или достижения	2	$Н\text{всего} = \frac{О\text{всего}}{Дп\text{всего}} \times 100,$ где: $О\text{всего}$ - число взрослых пациентов, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением; $Дп\text{всего}$ - общее число взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период.	Процент	Источником информации является информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерным наблюдением (гл.16 Приказ 496н МЗ РФ) Источником информации являются реестры (стационар), оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
		(Hвсего)		минимально возможного значения показателя - 2 балла; В иных случаях - 1 балл.		**Коды МКБ:** **I05 - I09** – Хронические ревматические болезни сердца **I10 - I15** – Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением **I20 - I25** – Ишемическая болезнь сердца **I26** – Легочная эмболия **I27.0** – Первичная легочная гипертензия **I27.2** – Другая вторичная легочная гипертензия **I27.8** – Другие уточненные формы легочно-сердечной недостаточности **I28** – Другие болезни легочных сосудов **I33** – Острый и подострый эндокардит **I34 - I37** – Неревматические поражения митрального клапана, аортального клапана, трехстворчатого клапана, поражения клапана легочной артерии **I38 - I39** – Эндокардит, клапан не уточнен, эндокардит и поражения клапанов сердца при болезнях, классифицированных в других рубриках **I40** – Острый миокардит **I41** – Миокардит при болезнях, классифицированных в других рубриках **I42** – Кардиомиопатия **I44 - I49** – Предсердно-желудочковая [атриовентрикулярная] блокада и блокада левой ножки пучка [Гиса]; другие нарушения проводимости; остановка сердца; пароксизмальная тахикардия; фибрилляция и трепетание		Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра в формате Д1 «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи за период, кроме ВМП, диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, медицинской помощи при подозрении на ЗНО»: -дата окончания лечения; -диагноз основной; -диагноз сопутствующий; -диагноз осложнений -характер заболевания; - форма оказания медицинской помощи.

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
						предсердий; другие нарушения сердечного ритма **I50** – Сердечная недостаточность **I51.0 - I51.2** – Дефект перегородки сердца приобретенный, разрыв сухожилий хорды, не классифицированный в других рубриках, разрыв сосочковой мышцы, не классифицированный в других рубриках **I51.4** – Миокардит неуточненный **I67.8** – Другие уточненные поражения сосудов мозга **I69.0 - I69.4** – Последствия субарахноидального кровоизлияния, внутричерепного кровоизлияния, другого нетравматического внутричерепного кровоизлияния, последствия инфаркта мозга и инсульта, не уточненные как кровоизлияния или инфаркт мозга **I71** – Аневризма и расслоение аорты **I65.2** – Закупорка и стеноз сонной артерии **E78** – Нарушения обмена липопротеинов и другие липидемии **Q20 - Q28** – Врожденные аномалии (пороки развития) системы кровообращения **Z95.0** – Наличие искусственного водителя сердечного ритма **Z95.1** – Наличие аортокоронарного шунтового трансплантата **Z95.2 - Z95.4, Z95.8, Z95.9** – Наличие протеза сердечного клапана, наличие		

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
						ксеногенного сердечного клапана, наличие другого заменителя сердечного клапана, наличие других сердечных и сосудистых имплантатов и трансплантатов, наличие сердечного и сосудистого имплантата и трансплантата неуточненных **Z95.5** – Наличие коронарного ангиопластичного имплантата трансплантата **E10-E11 –** Сахарный диабет		
15	13	Доля взрослых, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации, от общего числа взрослых, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений. ($Р$бск)	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	**Для медицинских организаций, значение показателя которых, выше среднего значения по субъекту Российской Федерации:** Уменьшение < 3 % - 0 баллов; Уменьшение ≥ 3 % - 1 балл; Уменьшение ≥ 7 % - 2 балла. **Для медицинских организаций, значение показателя равно или ниже среднего значения по субъекту Российской Федерации:** При условии снижения по сравнению с предыдущим периодом или достижения минимально возможного значения показателя - 2 балла; В иных случаях - 1 балл.	2	$Р\text{бск} = \frac{РН\text{бск}}{Н\text{бск}} \times 100,$ где: $РН$бск - число взрослых пациентов, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации; $Н$бск - общее число взрослых пациентов, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений. **Коды МКБ:** **I00 - I99** – Болезни системы кровообращения **Q20 - Q28** – Врожденные аномалии [пороки развития] системы кровообращения	Процент	Источником информации являются реестры (стационар), оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра в формате Д1 «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи за период, кроме ВМП, диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, медицинской помощи при подозрении на ЗНО»: -дата начала лечения; -диагноз основной;

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
								-диагноз сопутствующий; -диагноз осложнений -характер заболевания; - форма оказания медицинской помощи
16	14	Доля взрослых, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа), от общего числа находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период. ($SDosl$)	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	**Для медицинских организаций, значение показателя которых, выше среднего значения по субъекту Российской Федерации:** Уменьшение < 5 % - 0 баллов; Уменьшение ≥ 5 % - 1,5 балла; Уменьшение ≥ 10 % - 3 балла. **Для медицинских организаций, значение показателя равно или ниже среднего значения по субъекту Российской Федерации:** При условии снижения по сравнению с предыдущим периодом или достижения минимально возможного значения показателя - 3 балла; В иных случаях - 1,5 балла.	3	$SDosl = \frac{Osl}{SD} \times 100,$ где: Osl - число взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа); SD - общее число взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период. **Коды МКБ:** **E10-E11 –** Сахарный диабет	Процент	Источником информации является информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерным наблюдением (гл.16 Приказ 496н МЗ РФ) Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра в формате Д1 «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи за период, кроме ВМП, диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, медицинской помощи

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
								при подозрении на ЗНО»: -дата окончания лечения; -диагноз основной; -диагноз сопутствующий -впервые выявлено (основной); -характер заболевания; -цель посещения.
Детское население (от 0 до 17 лет включительно)					35			
Оценка эффективности профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения								
17	15	Охват вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок. ($Vd_{нац}$)	Достижение планового показателя	100% плана или более – 5 баллов; Выше среднего значения по субъекту Российской Федерации - 3 балла Менее 100% от плана, но с приростом показателя по сравнению с предыдущем периодом – 2 балла; Менее 100% от плана, равно или со снижением показателя по сравнению с предыдущем периодом – 0 баллов.	5	$Vd\text{нац} = \frac{Fd\text{нац}}{Pd\text{нац}} \times 100,$ где: $Fd\text{нац}$ - фактическое число вакцинированных детей в рамках Национального календаря прививок в отчетном периоде; $Pd\text{нац}$ - число детей соответствующего возраста (согласно Национальному календарю прививок) на начало отчетного периода.	Процент	Источником информации являются данные органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, предоставляемые на бумажных носителях.
18	16	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	**Для медицинских организаций, значение показателя которых ниже среднего по субъекту Российской Федерации:** Прирост ≥ 3% - 6 баллов;	6	$\text{Ddkms} = \frac{Cdkms}{Cpkms} \times 100,$ где: $Cdkms$ - число детей, в отношении которых установлено диспансерное	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
		мышечной системы и соединительной ткани за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период. (Ddkms)		Прирост ≥ 1% - 3 балла; Прирост < 1% - 0 баллов. **Для медицинских организаций, значение показателя равно или выше среднего по субъекту Российской Федерации:** При условии прироста по сравнению с предыдущим периодом или достижения максимально возможного значения показателя - 6 баллов; В иных случаях - 3 балла.		наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период; $Cpkms$ - общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период. **Коды МКБ:** **M00-M99** - Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани		Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра формата Д1 «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи за период, кроме ВМП, диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, медицинской помощи при подозрении на ЗНО»: -дата рождения; -дата окончания лечения; -диагноз основной; -впервые выявлено (основной); -характер заболевания; -цель посещения.
19	17	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	**Для медицинских организаций, значение показателя которых ниже среднего по субъекту Российской Федерации:** Прирост ≥ 3% - 6 баллов; Прирост ≥ 1% - 3 балла; Прирост < 1% - 0 баллов. **Для медицинских организаций, значение показателя равно или выше среднего по субъекту Российской Федерации:**	6	$\mathrm{Ddgl} = \frac{Cdgl}{Cpgl} \times 100,$ где: $Cdgl$ - число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период; $Cpgl$ - общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период.	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра формата Д1 «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи за

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
		(Ddgl)		При условии прироста по сравнению с предыдущим периодом или достижения максимально возможного значения показателя - 6 баллов; В иных случаях - 3 балла.		**Коды МКБ:** **H00-H59** – Болезни глаза и его придаточного аппарата		период, кроме ВМП, диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, медицинской помощи при подозрении на ЗНО»: -дата рождения; -дата окончания лечения; -диагноз основной; -впервые выявлено (основной); -характер заболевания; -цель посещения.
20	18	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период. (Dbop)	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	**Для медицинских организаций, значение показателя которых ниже среднего по субъекту Российской Федерации:** Прирост ≥ 3% - 6 баллов; Прирост ≥ 1% - 3 балла; Прирост < 1% - 0 баллов. **Для медицинских организаций, значение показателя равно или выше среднего по субъекту Российской Федерации:** При условии прироста по сравнению с предыдущим периодом или достижения максимально возможного значения показателя - 6 баллов; В иных случаях - 3 балла.	6	$\text{Dbop} = \frac{Cdbop}{Cpbop} \times 100,$ где: $Cdbop$ - число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период; $Cpbop$ - общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период. **Коды МКБ:** **K00-K93 –** Болезни органов пищеварения	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра формата Д1 «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи за период, кроме ВМП, диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, медицинской помощи при подозрении на ЗНО»:

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
								-дата рождения; -дата окончания лечения; -диагноз основной; -впервые выявлено (основной); -характер заболевания; -цель посещения.
21	19	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней системы кровообращения за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней системы кровообращения за период. (Ddbsk)	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	**Для медицинских организаций, значение показателя которых ниже среднего по субъекту Российской Федерации:** Прирост ≥ 3% - 6 баллов; Прирост ≥ 1% - 3 балла; Прирост < 1% - 0 баллов. **Для медицинских организаций, значение показателя равно или выше среднего по субъекту Российской Федерации:** При условии прироста по сравнению с предыдущим периодом или достижения максимально возможного значения показателя - 6 баллов; В иных случаях - 3 балла.	6	$\mathrm{Ddbsk} = \frac{Cdbsk}{Cpbsk} \times 100,$ где: $Cdbsk$ - число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней системы кровообращения за период $Cpbsk$ - общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней системы кровообращения за период. **Коды МКБ: I00-I99** – Болезни системы кровообращения. **Q20 - Q28** – Врожденные аномалии [пороки развития] системы кровообращения	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра формата Д1 «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи за период, кроме ВМП, диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, медицинской помощи при подозрении на ЗНО»: -дата рождения; -дата окончания лечения; -диагноз основной; -впервые выявлено (основной); -характер заболевания;

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
								-цель посещения.
22	20	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период. (Ddbes)	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	**Для медицинских организаций, значение показателя которых ниже среднего по субъекту Российской Федерации:** Прирост ≥ 3% - 6 баллов; Прирост ≥ 1% - 3 балла; Прирост < 1% - 0 баллов. **Для медицинских организаций, значение показателя равно или выше среднего по субъекту Российской Федерации:** При условии прироста по сравнению с предыдущим периодом или достижения максимально возможного значения показателя - 6 баллов; В иных случаях - 3 балла.	6	$\text{Ddbes} = \frac{Cdbes}{Cpbes} \times 100,$ где: $Cdbes$ - число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период; $Cpbes$ - общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период. **Коды МКБ:** **E43 –** Тяжелая белково-энергетическая недостаточность неуточненная **E44 –** Белково-энергетическая недостаточность умеренной и слабой степени **E10-14** – Сахарный диабет **E66 –** Ожирение **E67 –** Другие виды избыточности питания **E68 –** Последствия избыточности питания	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра формата Д1 «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи за период, кроме ВМП, диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, медицинской помощи при подозрении на ЗНО»: -дата рождения; -дата окончания лечения; -диагноз основной; -впервые выявлено (основной); -характер заболевания; -цель посещения.
Оказание акушерско-гинекологической помощи					35			

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
23	21	Доля женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности, от числа женщин, прошедших доабортное консультирование за период. (W)	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период.	**Для медицинских организаций, значение показателя которых ниже среднего по субъекту Российской Федерации:** Прирост ≥ 10% - 8 баллов; Прирост ≥ 7% - 5 баллов; Прирост ≥ 3% - 3 балла; Прирост 0% < < 3% - 1 балл; Уменьшение ≥ 0% - 0 баллов.**Для медицинских организаций, значение показателя равно или выше среднего по субъекту Российской Федерации:** При условии достижения максимально возможного значения показателя - 8 баллов; При условии прироста по сравнению с предыдущим периодом - 5 баллов; В иных случаях - 4 балла.	8	$W = \frac{K_{отк}}{K} \cdot 100\%,$ где: $K_{отк}$ - число женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности за период; K - общее число женщин, прошедших доабортное консультирование за период.	Процент	Источником информации являются данные органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, предоставляемые на бумажных носителях.
24	23	Доля женщин с подозрением на злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при профилактическом медицинском осмотре или диспансеризации, от общего числа женщин с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни установленным диагнозом	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период.	**Для медицинских организаций, значение показателя которых ниже среднего по субъекту Российской Федерации:** Прирост ≥ 10% - 9 баллов; Прирост ≥ 7% - 7 баллов; Прирост ≥ 3% - 3 балла; Прирост 0 % < < 3% - 1 балл; Уменьшение ≥ 0% - 0 баллов. **Для медицинских организаций, значение показателя равно или выше среднего по субъекту Российской Федерации:** При условии прироста по сравнению с предыдущим периодом или достижения	9	$Z_{шм} = \frac{A_{шм}}{V_{шм}} \cdot 100\%,$ где: $A_{шм}$ - число женщин с подозрением на злокачественное новообразование шейки матки, выявленном при профилактическом медицинском осмотре или диспансеризации за период; $V_{шм}$ - общее число женщин с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование	Процент	Расчет показателя производится путем отбора информации по полям реестра формата ДЗ «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации» предусматривает поле реестра: - признак подозрения на злокачественное новообразование. В дальнейшем движение пациента возможно отследить по формату

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
		злокачественное новообразование шейки матки, за период. ($Z_{шм}$)		максимально возможного значения показателя - 9 баллов; В иных случаях - 4,5 балла.		шейки матки за период. **Коды МКБ:** **D06** - Карцинома in situ шейки матки: **D06.0** – внутренней части. **D06.1** - наружной части. **D06.7** - других частей шейки матки. **D06.9** - неуточненной части шейки матки. **C53** – Злокачественное новообразование шейки матки: **C53.0** – Внутренней части. **C53.1** – Наружной части. **C53.8** – Выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций. **C53.9** – Шейки матки неуточненной части.		Д4. Файл со сведениями при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования - диагноз основной, - характер основного заболевания
25	24	Доля женщин с подозрением на злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при профилактическом медицинском осмотре или диспансеризации, от общего числа женщин с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период.	**Для медицинских организаций, значение показателя которых ниже среднего по субъекту Российской Федерации:** Прирост ≥ 10% - 9 баллов; Прирост ≥ 7% - 7 баллов; Прирост ≥ 3% - 3 балла; Прирост 0 % < < 3% - 1 балл; Уменьшение ≥ 0% - 0 баллов. **Для медицинских организаций, значение показателя равно или выше среднего по субъекту Российской Федерации:** При условии прироста по сравнению с предыдущим периодом или достижения максимально возможного значения	9	$Z_{мж} = \frac{A_{мж}}{V_{мж}} \cdot 100\%,$ где: $A_{мж}$ - число женщин с подозрением на злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые профилактическом медицинском осмотре или диспансеризации за период; $V_{мж}$ - общее число женщин с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период.	Процент	Расчет осуществляется путем отбора информации по полям реестра формата Д3 «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации» предусматривает поле реестра: - признак подозрения на злокачественное новообразование. В дальнейшем движение пациента возможно отследить по формату Д4. Файл со

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
		новообразование молочной железы, за период. ($Z_{мж}$)		показателя - 9 баллов; В иных случаях - 4,5 балла.		**Коды МКБ:** **D05** – Карцинома in situ молочной железы: **D05.0** – Дольковая карцинома in situ. **D05.1** – Внутрипротоковая карцинома in situ. **D05.7** – Другая карцинома in situ молочной железы. **D05.9** – Карцинома in situ молочной железы неуточненная. **C50** – Злокачественное новообразование молочной железы: **C50.0** – соска и ареолы **C50.1** – центральной части молочной железы **C50.2** – верхневнутреннего квадранта молочной железы **C50.3** – нижневнутреннего квадранта молочной железы **C50.4** – верхненаружного квадранта молочной железы **C50.5** – нижненаружного квадранта молочной железы **C50.6** – подмышечной задней части молочной железы **C50.8** – поражение молочной железы, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций **C50.9** – молочной железы неуточненной части.		сведениями при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования - диагноз основной, - характер основного заболевания.
26	25	Доля беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития	Прирост показателя за период по отношению к показателю за	**Для медицинских организаций, значение показателя которых ниже среднего по субъекту Российской Федерации:**	9	$B = \frac{S}{U} \cdot 100\%,$ где:	Процент	Источником информации являются данные органов государственной власти

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
		плода за период, от общего числа женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период. (B)	предыдущий период.	Прирост ≥ 10% - 9 баллов; Прирост ≥ 7% - 7 баллов; Прирост ≥ 3% - 3 балла; Прирост 0 % < < 3% - 1 балл; Уменьшение ≥ 0% - 0 баллов. **Для медицинских организаций, значение показателя равно или выше среднего по субъекту Российской Федерации:** При условии прироста по сравнению с предыдущим периодом или достижения максимально возможного значения показателя - 9 баллов; В иных случаях - 4,5 балла.		S - число беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода при сроке беременности 11 - 14 недель (УЗИ и определение материнских сывороточных маркеров) и 19 - 21 неделя (УЗИ), с родоразрешением; U - общее число женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период, с родоразрешением.		субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, предоставляемые на бумажных носителях.
Оценка качества оказания медицинской помощи					35			
27	27	Доля экспертиз качества медицинской помощи, оказанной в рамках диспансерного наблюдения, в которых выявлены нарушения, приведшие к ухудшению состояния здоровья, летальному исходу застрахованного лица, от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи. ($ЭДН_Э$)	Отсутствие нарушений	Отсутствие нарушений – 4 балла. Выявлены нарушения в ≤ 3% от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи (-2 балла). Выявлены нарушения в > 3% от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи (-4 балла).	4	$ЭДН_Э = \frac{ДН_Э}{Э_{кмп}} \cdot 100\%,$ где: $ДН_Э$ - количество экспертиз качества медицинской помощи, оказанной в рамках диспансерного наблюдения, в которых выявлены нарушения, приведшие к ухудшению состояния здоровья, летальному исходу; $Э_{кмп}$ - общее число проведенных экспертиз качества случаев диспансерного наблюдения. Пп.3.15.2-3.15.3 Раздела 3 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Источником информации являются заключения по результатам проведенных экспертиз.

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
						(уменьшения оплаты медицинской помощи), являющегося приложением к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н		
28	28	Доля экспертиз качества медицинской помощи, в которых выявлены нарушения, приведшие к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи. ($ВН_э$)	Отсутствие нарушений.	Отсутствие нарушений – 3 балла. Выявлены нарушения в ≤ 3% от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи (-2 балла). Выявлены нарушения в > 3% от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи (-3 балла).	3	$ВН_э = \frac{Н_э}{Э_{кмп}} \cdot 100\%,$ где: $Н_э$ - количество экспертиз качества медицинской помощи, в которых выявлены нарушения, приведшие к ухудшению состояния здоровья, застрахованного лица; $Э_{кмп}$ - общее число проведенных экспертиз качества медицинской помощи. П.3.1.3.; п.3.2.2.; п.3.6.; п.3.14.2.; п.3.15.2 Раздела 3 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющегося приложением к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Источником информации являются заключения по результатам проведенных экспертиз.
29	29	Доля экспертиз качества медицинской помощи, в которых выявлены нарушения, приведшие к инвалидизации застрахованного лица, от	Отсутствие нарушений.	Отсутствие нарушений – 5 баллов. Выявлены нарушения ≤ 3% от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи (-3 балла).	5	$ВI_э = \frac{I_э}{Э_{кмп}} \cdot 100\%,$ где: $I_э$ - экспертиз качества медицинской помощи, в которых выявлены нарушения, приведшие к	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Источником

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
		всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи. ($BI_э$)		Выявлены нарушения > 3% от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи (-5 баллов).		инвалидизации застрахованного лица; $Э_{кмп}$ - общее число проведенных экспертиз качества медицинской помощи. П.3.1.4.; п.3.2.3. Раздела 3 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющегося приложением к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н		информации являются заключения по результатам проведенных экспертиз.
30	30	Доля экспертиз качества медицинской помощи, в которых выявлены нарушения, приведшие к летальному исходу застрахованного лица, от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи. ($BV_э$)	Отсутствие нарушений.	Отсутствие нарушений – 8 баллов. Выявлены нарушения ≤ 3% от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи (-4 балла). Выявлены нарушения > 3% от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи (-8 баллов).	8	$BV_э = \frac{V_э}{Э_{кмп}} \cdot 100\%,$ где: $V_э$ - экспертиз качества медицинской помощи, в которых выявлены нарушения, приведшие к летальному исходу застрахованного лица; $Э_{кмп}$ - общее число проведенных экспертиз качества медицинской помощи. П.3.1.5.; п.3.2.4.; п.3.14.3.; п.3.15.3 Раздела 3 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющегося приложением к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Источником информации являются заключения по результатам проведенных экспертиз.

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
31	31	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, с последующим ухудшением состояния здоровья	Отсутствие нарушений.	Отсутствие нарушений – 3 балла; Наличие нарушения, приведшего к ухудшению состояния здоровья (- 3 балла).	3	Критерий оценки НАЛИЧИЕ НАРУШЕНИЯ/ОТСУТСТВИЕ НАРУШЕНИЯ П.3.14.2. Раздела 3 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющегося приложением к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н	Наличие/ отсутствие нарушений	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.
32	32	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, приведший к летальному исходу	Отсутствие нарушений.	Отсутствие нарушений – 8 баллов; Наличие нарушения, приведшего к летальному исходу (-8 баллов).	8	Критерий оценки НАЛИЧИЕ НАРУШЕНИЯ/ОТСУТСТВИЕ НАРУШЕНИЯ П.3.14.3. Раздела 3 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющегося приложением к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н	Наличие/ отсутствие нарушений	Источником информации являются заключения по результатам проведенных экспертиз.
33	33	Доля застрахованных лиц, которым оказывалась медицинская помощь в стационарных условиях, с впервые выявленным диагнозом, по которому предусмотрено	Достижение показателя	100% - 4 балла; 90% - 99% - 2 балла; 89% и ниже – 0 баллов.	4	$\text{ГДН}_{\text{впервв}} = \frac{\text{Стац}_{\text{ДнсК}}}{\text{Стац}_{\text{ДН}}} \cdot 100\%,$ где: $\text{Стац}_{\text{ДнсК}}$ - количество застрахованных лиц, которым оказывалась медицинская помощь в стационарных условиях, с впервые выявленным диагнозом, по которому предусмотрено установление	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Источником информации являются заключения по результатам

N п/п	№ в соотв. с приказом № 44н	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	Макс, балл	Формула расчета	Единицы измерения	Рекомендуемый источник*
		установление диспансерного наблюдения и получивших в течение трех рабочих дней консультацию врача-специалиста (фельдшера фельдшерско-акушерского пункта, фельдшерского пункта при условии возложения на него функции лечащего врача), от застрахованных лиц, которым оказывалась медицинская помощь в стационарных условиях, с диагнозом, по которому предусмотрено установление диспансерного наблюдения (за исключением тех пациентов, которые направлены на лечение в стационарных условиях и в условиях дневного стационара). ($ГДН_{вперв}$)				диспансерного наблюдения и получивших в течение 3-х рабочих дней консультацию врача-специалиста (фельдшера фельдшерско-акушерского пункта, фельдшерского пункта при условии возложения на него функции лечащего врача); $Стац_{ДН}$ - количество застрахованных лиц, которым оказывалась медицинская помощь в стационарных условиях, с диагнозом, по которому предусмотрено установление диспансерного наблюдения (за исключением тех пациентов, которые направлены на лечение в стационарных условиях и в условиях дневного стационара). Расчет производится по принятым к оплате счетам за период		проведенных экспертиз.

* субъект Российской Федерации может обращаться к иным источникам информации при подсчете баллов по показателю;

** среднее значение по субъекту Российской Федерации по показателям рекомендуется рассчитывать на основании сведений об оказании медицинской помощи медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население, оплата медицинской помощи в которых

осуществляется по подушевому нормативу финансирования, путем деления суммы значений, указанных в числителе соответствующих формул, приведенных в данном приложении, на сумму значений, указанных в знаменателе соответствующих формул, приведенных в данном приложении. Полученное значение умножается на 100 по аналогии с алгоритмом, описанным в данном приложении.

Приложение 12

ПЕРЕЧЕНЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ, ПРИ НАЗНАЧЕНИИ КОТОРЫХ НЕОБХОДИМО ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ПРОВЕДЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ/ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПОЗВОЛЯЮЩИХ ОПРЕДЕЛИТЬ МАРКЕР

№	Наименование МНН	Код МКБ-10*	Код маркёра	Результат исследования
1	Абемациклиб	C50	HER2	Отсутствие гиперэкспрессии/амплификации белка HER2
2	Алектиниб	C34	ALK	Наличие транслокации в гене ALK
3	Алпелисиб	C50	PIK3CA и HER2	Наличие мутации в гене PIK3CA и отсутствие гиперэкспрессии/амплификации белка HER2
4	Вемурафениб	C43, C18, C19, C20	BRAF	Наличие мутаций в гене BRAF
5	Гефитиниб	C34	EGFR	Наличие мутаций в гене EGFR
6	Дабрафениб	C34, C43, C18, C19, C20	BRAF	Наличие мутаций в гене BRAF
7	Кобиметиниб	C43, C18, C19, C20	BRAF	Наличие мутаций в гене BRAF
8	Кризотиниб	C34	ALK или ROS1	Наличие транслокации в гене ALK или ROS1
9	Лапатиниб	C50, C18, C19, C20	HER2	Гиперэкспрессия/амплификация белка HER2
10	Ленватиниб	C54, C55	MSI или dMMR	Отсутствие микросателлитной нестабильности или нарушений системы репарации ДНК
11	Олапариб	C25	BRCA	Наличие мутаций в генах BRCA
12	Олапариб	C50	BRCA и HER2	Наличие мутаций в генах BRCA и отсутствие гиперэкспрессии/амплификации белка HER2
13	Олапариб	C61	BRCA или HRR	Наличие мутаций в генах BRCA или Наличие мутаций в генах HRR
14	Осимертиниб	C34	EGFR	Наличие мутаций в гене EGFR
15	Палбоциклиб	C50	HER2	Отсутствие гиперэкспрессии/амплификации белка HER2
16	Панитумумаб	C18, C19, C20	RAS и BRAF	Отсутствие мутаций в гене RAS и отсутствие мутаций в гене BRAF
17	Пертузумаб	C18, C19, C20, C50	HER2	Гиперэкспрессия/амплификация белка HER2
18	Рибоциклиб	C50	HER2	Отсутствие гиперэкспрессии/амплификации

№	Наименование МНН	Код МКБ-10*	Код маркёра	Результат исследования
				белка HER2
19	Талазопариб	C50	BRCA и HER2	Наличие мутаций в генах BRCA и отсутствие гиперэкспрессии/амплификации белка HER2
20	Траметиниб	C34, C43, C18, C19, C20	BRAF	Наличие мутаций в гене BRAF
21	Трастузумаб	C07, C08, C15, C16, C18, C19, C50, C54	HER2	Гиперэкспрессия/амплификация белка HER2
22	Трастузумаб эмтанзин	C50	HER2	Гиперэкспрессия/амплификация белка HER2
23	Церитиниб	C34	ALK	Наличие транслокации в гене ALK
24	Цетуксимаб	C18, C19, C20	RAS и BRAF	Отсутствие мутаций в гене RAS и отсутствие мутаций в гене BRAF

* - назначение лекарственных препаратов в соответствии с клиническими рекомендациями при диагнозах, коды Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра которых не указаны в настоящей таблице, без проведения молекулярно-генетических исследований/иммуногистохимических исследований и наличия определенного результата не является основанием для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи

Список рассылки

	Организация	Адрес
1	Кабинет Министров Республики Адыгея	385000, г. Майкоп, ул. Пионерская, 199
2	Правительство Республики Алтай	649000, г. Горно-Алтайск, ул. Чаптынова, 24
3	Правительство Республики Башкортостан	450101, г. Уфа, ул. Тукаева, 46
4	Правительство Республики Бурятия	670001, г.Улан-Удэ, ул.Ленина 54, Дом Правительства
5	Правительство Республики Дагестан	367005, г. Махачкала, пл. Ленина, Дом Правительства
6	Правительство Республики Ингушетия	386102, г. Магас, пр-т Зязикова, 12
7	Правительство Кабардино-Балкарской Республики	360028, г. Нальчик, ул. Ленина, 27, Дом Правительства
8	Администрация главы Республики Калмыкия	358000, г. Элиста, площадь Ленина, Дом Правительства
9	Правительство Карачаево-Черкесской Республики	369000, г. Черкесск, пл.Ленина, Дом Правительства
10	Правительство Республики Карелия	185028, г.Петрозаводск, пр.Ленина,19
11	Правительство Республики Коми	167010, г. Сыктывкар, ул. Коммунистическая, 9
12	Правительство Республики Марий Эл	424001, г. Йошкар-Ола, Ленинский пр., 29
13	Правительство Республики Мордовия	430002, Республика Мордовия, г.Саранск, ул.Советская, дом 35
14	Администрация Республики Саха (Якутия)	677022, г. Якутск, ул. Кирова, 11
15	Правительство Республики Северная Осетия-Алания	362038, г. Владикавказ, пл. Свободы,1
16	Правительство Республики Татарстан	420014, г. Казань, пл.Свободы, 1
17	Правительство Республики Тыва	667000, г. Кызыл, ул. Чульдум, 18, Дом Правительства
18	Правительство Удмуртской Республики	426007, г. Ижевск, ул. Пушкинская, 214 Дом Правительства
19	Правительство Республики Хакасия	655017, г. Абакан, проспект Ленина, 67
20	Правительство Чеченской Республики	364000, г. Грозный, ул. Гаражная, 10
21	Кабинет Министров Чувашской Республики	428004, г. Чебоксары, Чувашская Республика - Чувашия, Президентский бульвар, д. 10
22	Администрация Алтайского края	656035, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, д. 59
23	Правительство Забайкальского края	672021, г. Чита, ул. Чайковского, 8
24	Правительство Камчатского края	683040, г. Петропавловск-Камчатский, пл. Ленина, 1
25	Администрация Краснодарского края	350014, г. Краснодар, ул. Красная, 35
26	Правительство Красноярского края	660009, г. Красноярск, пр. Мира, 110
27	Правительство Пермского края	614006, г. Пермь, ул. Куйбышева, 14
28	Администрация Приморского края	690110, г. Владивосток, ул. Светланская, 22
29	Правительство Ставропольского края	355025, г. Ставрополь, пл. Ленина, 1
30	Правительство Хабаровского края	680000, г. Хабаровск, ул. Карла Маркса, 56
31	Правительство Еврейской автономной области	679016, г. Биробиджан, пр. 60-летия СССР, 18
32	Администрация Ненецкого автономного	166000, г. Нарьян-Мар, ул. Смидовича, 20

	округа	
33	Правительство Ханты-Мансийского автономного округа	628006, г. Ханты-Мансийск, ул. Мира, 5
34	Правительство Чукотского автономного округа	689000, г. Анадырь, ул. Беринга, 20
35	Администрация Ямало-Ненецкого автономного округа	629008, г. Салехард, пр. Молодежи, 9
36	Правительство города Москвы	125032, г. Москва, ул. Тверская, 13
37	Правительство Санкт-Петербурга	191060, г. Санкт-Петербург, Смольный
38	Правительство Амурской области	675023, г. Благовещенск, ул. Ленина, 135
39	Правительство Архангельской области	163004, г. Архангельск, пр-т Троицкий, 49
40	Правительство Астраханской области	414000, г. Астрахань, ул. Советская, 15
41	Правительство Белгородской области	308005, г. Белгород, Соборная площадь, 4
42	Администрация Брянской области	241002, г. Брянск, пр. Ленина, 33
43	Администрация Владимирской области	600000, г. Владимир, пр. Октябрьский, 21
44	Администрация Волгоградской области	400098, г. Волгоград, пр.Ленина, 9
45	Правительство Вологодской области	160000, г.Вологда, ул. Герцена, 2
46	Правительство Воронежской области	394018, г. Воронеж, площадь имени Ленина, 1
47	Правительство Ивановской области	153000, г. Иваново, ул. Пушкина, 9
48	Правительство Иркутской области	664027, г. Иркутск, ул. Ленина, 1а
49	Правительство Калининградской области	236007, г. Калининград, ул. Дм. Донского, 1
50	Администрация Губернатора Калужской области	248000, г. Калуга, пл. Старый Торг, 2
51	Администрация Кемеровской области	650064, г. Кемерово, пр. Советский, 62
52	Правительство Кировской области	610019, г. Киров, ул. Карла Либкнехта, 69
53	Администрация Костромской области	156006, г. Кострома, ул. Дзержинского, 15
54	Правительство Курганской области	640024, г. Курган, ул. Гоголя, 56
55	Администрация Курской области	305002, г. Курск, Красная площадь, Дом Советов
56	Администрация Ленинградской области	191311, Санкт-Петербург, Суворовский пр.,67
57	Администрация Липецкой области	398014, г. Липецк, Соборная пл., 1
58	Администрация Магаданской области	685000, г. Магадан, ул. Горького, 6
59	Администрация г.Севастополя	299011, г.Севастополь, ул.Ленина,д.2
60	Правительство Московской области	143407, Московская область, г. Красногорск-7, бульвар Строителей, 1
61	Правительство Мурманской области	183006, г. Мурманск, пр. Ленина, 75
62	Правительство Нижегородской области	603082, г. Н.Новгород, Кремль, корпус 1
63	Администрация Новгородской области	173005, г. Великий Новгород, пл.Победы-Софийская, 1
64	Администрация Новосибирской области	630011, г. Новосибирск, Красный пр., 18
65	Правительство Омской области	644002, г.Омск, ул. Красный Путь, 1
66	Правительство Оренбургской области	460015, г. Оренбург, Дом Советов
67	Правительство Орловской области	302021, г. Орёл, пл. Ленина, 1
68	Правительство Пензенской области	440000, г. Пенза, ул. Московская, 75
69	Администрация Псковской области	180001, г. Псков, ул. Некрасова, 23
70	Администрация Ростовской области	344050, г. Ростов-на-Дону, ул. Социалистическая, 112
71	Правительство Рязанской области	390000, г. Рязань, ул. Ленина, 30
72	Правительство Самарской области	443010, г. Самара, ул. Молодогвардейская, 210

73	Правительство Саратовской области	410042, г. Саратов, ул. Московская, 72
74	Администрация Сахалинской области	693011, г. Южно-Сахалинск, Коммунистический проспект, 39
75	Правительство Свердловской области	620031, г. Екатеринбург, пл. Октябрьская, 1
76	Администрация Смоленской области	214008, г. Смоленск, пл. Ленина, 1
77	Администрация Тамбовской области	392000, г. Тамбов, ул. Интернациональная,14
78	Правительство Тверской области	170100, г. Тверь, ул. Советская, 44
79	Администрации Томской области	634050, г. Томск, пл. Ленина, 6
80	Администрации Тульской области	300041, г. Тула, пр. Ленина, 2
81	Правительство Тюменской области	625004, г. Тюмень, ул. Володарского, 45
82	Правительства Ульяновской области	432063, г. Ульяновск, пл. Ленина, 1
83	Правительства Челябинской области	454089, г. Челябинск, ул. Цвиллинга, 27
84	Правительства Ярославской области	150000, г. Ярославль, Советская пл., 3
85	Правительство Республики Крым	295000, г.Симферополь, проспект Кирова, 13