**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

В.А. Зеленский

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Председатель

Федерального фонда обязательного

медицинского страхования

И.В. Баланин

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Одобрено решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по актуализации методологических подходов к оплате медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования   
в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи**

**(протокол заседания от №)**

НУМЕРАЦИЯ ВСЕХ ВСЕХ ПРИЛОЖЕНИЙ И ТАБЛИЦ

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 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 2022 г. №, в части базовой программы обязательного медицинского страхования (далее соответственно – Программа, базовая программа), а также Требованиями   
к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2020 г. № (далее – Требования), и разъясняют порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования.

С учетом изменений, внесенных с 2023 года в способы оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования указанными нормативными правовыми актами, настоящими рекомендациями даны соответствующие разъяснения, в том числе в части оплаты профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), а также средств на оплату диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, в рамках установленного Программой перечня исследований и медицинских вмешательств и среднего норматива финансовых затрат на их проведение.

Особое внимание уделено разъяснениям по оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по профилю «Медицинская реабилитация», поскольку с 2022 года Программой установлены средние нормативы объема и финансовых затрат на единицу объема по медицинской реабилитации, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

Впервые предусмотрено осуществлять финансовое обеспечение стимулирования медицинских организаций, имеющих прикрепленное население для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, за достижение показателей результативности их деятельности, в пределах средств, предусмотренных на эти цели в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Основными отличиями новой модели клинико-статистических групп заболеваний (далее – КСГ) от модели КСГ 2022 года являются:

1) изменение количества КСГ в стационарных условиях с 402 до 431 групп, в условиях дневного стационара – со 182 до 206 групп (в том числе   
427 КСГ в стационарных условиях и 204 КСГ в условиях дневного стационара без учета групп для оплаты медицинской помощи в федеральных медицинских организациях), в том числе за счет:

- увеличения количества КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) с 17 до 19 групп как в стационарных условиях, так и в условиях дневного стационара;

- увеличение количества КСГ для случаев лечения с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с 3 КСГ до 20 КСГ в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (оплата осуществляется дифференцированно в зависимости от применяемого лекарственного препарата и возраста пациента);

- увеличение количества КСГ для случаев лечения хронического вирусного гепатита С с 2 КСГ до 4 КСГ в условиях дневного стационара (оплата осуществляется дифференцированно в зависимости от применяемого лекарственного препарата и возраста пациента);

- увеличение количества КСГ для случаев медицинской реабилитации с 23 КСГ до 26 КСГ в стационарных условиях (выделение трех КСГ продолжительной медицинская реабилитация);

- выделения КСГ «Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)» в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

- выделения КСГ слинговые операции при недержании мочи,   
в стационарных условиях;

- выделения КСГ радиойодтерапия в стационарных условиях;

- выделения отдельной КСГ лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (инициация) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

**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 (**случай лечения** в дневном стационаре) – 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** – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя   
из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и   
на плановый период 2023 и 2024 годов (далее – Территориальная программа государственных гарантий), с учетом коэффициента приведения;

**Коэффициент относительной затратоемкости** – устанавливаемый настоящими рекомендациями 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 специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, 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.

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, 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 высокотехнологичной медицинской помощи,   
не включенных в базовую программу, для которых Программой установлена средний норматив 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-пятый 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 октября 2017 г. № 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).

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, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации   
от 12 октября 2019 г. № 2406-р, и расходных материалов, включенных   
в утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации   
от 31 декабря 2018 г. № 3053-р 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:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | весовой коэффициент затратоемкости подгруппы i; |
|  | количество случаев, пролеченных по подгруппе i; |
|  | 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:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей; |
|  | стоимость законченного случая госпитализации  в стационарных условиях, рублей. |

Анализ структуры госпитализаций в разрезе медицинских организаций осуществляется с использованием среднего коэффициента относительной затратоемкости стационара (СКЗст), который рассчитывается по формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | число случаев госпитализации пациентов по определенной КСГ в стационарных условиях; |
|  | коэффициент относительной затратоемкости  по определенной КСГ; |
|  | общее количество законченных случаев лечения  в стационарных условиях за год. |

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,   
st19.125–st19.143, 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, ds19.097–ds19.115, 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, порядок оплаты которых установлен Разделом 4.9 настоящих рекомендаций) определяется по следующей формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| БС | базовая ставка, рублей; |
|  | коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации; | |
|  | 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); | |
|  | коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент; | |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации  от 5 мая 2012 г. № 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) | |

**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:

.

СПК рассчитывается по формуле:

.

При расчете базовой ставки в качестве параметра Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия) может использовать сумму, характеризующую вклад коэффициента сложности лечения пациента в стоимость законченного (прерванного) случая лечения заболевания, рассчитываемую по следующей формуле:

,

где:

стоимость i-го случая лечения, оплаченного по КСГ (с учетом применения КСЛП в 2022 году);

размер КСЛП, применяемый при оплате i-го случая оказания медицинской помощи в 2022 году.

Учитывая, что с 2023 года 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, расчет базовой ставки для оплаты медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по всем профилям медицинской помощи, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования (в том числе по профилю «медицинская реабилитация) осуществляется на основании объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (в условиях дневного стационара) и оплачиваемой по КСГ (), общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ (), среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ () и объема средств, запланированного для КСЛП (), для всех профилей медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, за исключением медицинской реабилитации.

При этом 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 базовой ставки без учета коэффициента дифференциации таким образом, чтобы размер базовой ставки с учетом единого коэффициента дифференциации субъекта Российской Федерации в стационарных условиях составлял ниже 65 % от норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации, а в условиях дневного стационара – ниже 60 % от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации в части базовой программы (нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленные для медицинской реабилитации, применяются для распределения денежных средств и не используются для расчета базовой ставки).

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 устанавливается базовая ставка без учета коэффициента дифференциации,   
а также коэффициенты дифференциации, 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 7 мая 2012 г. № 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]](#footnote-2), включенных в нормы лечебного питания, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 июня 2013 г. № 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.

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 |

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 |
| 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 |

**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 соответствиис нормативными правовыми актами в сфере охраны здоровья, включая приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 апреля 2018 г. № 182 «Об утверждении методических рекомендаций о применении нормативов и норм ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения» и от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (зарегистрировано в Минюсте России 12  ноября 2020 г. № 60869). 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.

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.

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 28 февраля 2019 г. № 108н (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 (СКУСi) каждого уровня медицинской организации не может превышать средние значения. СКУСi рассчитывается по формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | средневзвешенный коэффициент уровня медицинской организации i; |
|  | коэффициент подуровня медицинской организации j; |
|  | число случаев, пролеченных в стационарах с подуровнем j; |
|  | 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 ().

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.

**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 КСЛП, итоговое значение КСЛП рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛП.

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных 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 составе случая лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара определяется без учета коэффициента дифференциации субъекта Российской Федерации.

**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 летальным исходом (за исключением случаев, закончившихся летальным исходом длительностью более 3 дней, которые оплачиваются в полном объеме при условии отсутствия иных оснований считать случай прерванным);

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. законченные 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 таблице 1 Приложения 4 к настоящим рекомендациям;

9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002- st37.003, st37.006- st37.007, st37.012-st37.013 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и Группировщиком.

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 2–9 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 № 5 к Программе и таблицей 1 Приложения 4 к настоящим рекомендациям 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.

Таблицей 2 Приложения 4 к настоящим рекомендациям определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи   
по КСГ, не входящим в таблицу 2 Приложения 4 к 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, являющиеся прерванными по основанию, изложенному 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 от конкретных КСГ (перечней КСГ), а также оснований для прерывания оказания медицинской помощи,   
при условии, что установленные доли не противоречат долям оплаты прерванных случаев, установленным Требованиями.

**4.2. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении 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 доз~~а~~ 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.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, чем предусмотренные пунктом 4.1 данного раздела рекомендаций) в следующих случаях:

1. При проведении лечения в полном соответствии с одной   
из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике»;

2. При снижении дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличении 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):

- снижение дозы произведено в соответствии с инструкцией   
к химиотерапевтическому препарату в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- увеличение интервала между введениями произведено в связи   
с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

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.

Все остальные случаи (в том числе случаи проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) являются прерванными и оплачиваются в соответствии   
с правилами оплаты прерванных случаев лечения.

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).

**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.

Выставление случая только по КСГ st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)», без основной КСГ, а также выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)» с пересекающимися сроками лечения не допускается.

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

При направлении в медицинскую организацию с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым   
в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ–10 либо по коду Номенклатуры, являющимися классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

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, и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, в соответствии с установленными способами оплаты.

После оказания в медицинской организации высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по соответствующей КСГ.

Распределение объемов медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара и в условиях дневного стационара, между медицинскими организациями может осуществляться с конкретизацией либо без конкретизации в разрезе КСГ.

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

Для КСГ st37.001–st37.013, st37.021–st37.026 в стационарных условиях и для КСГ ds37.001–ds37.008, ds37.015–ds37.016 в условиях дневного стационара 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 июля 2020 г. № 788н (зарегистрировано в Минюсте России 25 сентября 2020 г. № 60039).   
При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию   
в условиях дневного стационара. При оценке 3 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 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.

С 2023 года стоимость КСГ, предусматривающих медицинскую реабилитацию пациентов с заболеваниями центральной нервной системы и заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы увеличена с учетом установления плановой длительности случая реабилитации. Случай реабилитации по КСГ (st37.002-st37.003, st37.006- st37.007, st37.012-st37.013) длительностью менее предусмотренного соответствующим классификационным критерием значения является прерванным и оплачивается в соответствии с пунктом 4.1. настоящих рекомендаций.

Введение ботулинического токсина для КСГ, предусматривающих медицинскую реабилитацию пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (st37.001–st37.003, ds37.001–ds37.002), не является обязательным. Также в целях учета случаев лечения с применением ботулинического токсина добавлены иные классификационные критерии «rbb2»-«rbb5», соответствующие оценке по шкале реабилитационной маршрутизации в сочетании с применением ботулинического токсина.

Оплата первого этапа реабилитации при остром нарушении мозгового кровообращения, операциях на центральной нервной системе и головном мозге, переломах черепа и внутричерепной травме осуществляется   
с использованием коэффициента сложности лечения пациентов.

Данный коэффициент предусматривает оплату реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и койке интенсивной терапии, а также после его перевода на профильные койки   
по окончанию реанимационных мероприятий в случае проведения мероприятий по медицинской реабилитации общей длительностью не менее   
5 суток и продолжительностью не менее одного часа в сутки. 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.

**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.

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 единственный, законодательно установленный, способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара – за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество услуг в месяц у подавляющего большинства пациентов, 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 ОМС), 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:

A18.05.001.001 Плазмообмен;

A18.05.001.003 Плазмодиафильтрация;

A18.05.001.004 Плазмофильтрация каскадная;

A18.05.001.005 Плазмофильтрация селективная;

A18.05.002.004 Гемодиализ с селективной плазмофильтрацией и адсорбцией;

A18.05.003.001 Гемофильтрация крови продленная;

A18.05.006.001 Селективная гемосорбция липополисахаридов;

A18.05.007 Иммуносорбция;

A18.05.020.001 Плазмосорбция сочетанная с гемофильтрацией;

A18.05.021.001 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).

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.

**4.9. Особенности оплаты случаев лечения по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов**

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| БС | размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей; |
|  | коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации; |
|  | доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением № 4 к Программе значение, к которому применяется КД, КС и КУС); |
|  | 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); |
|  | коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент; |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии  с Постановлением № 462; |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП). |

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.

В субъекте Российской Федерации рекомендуется осуществлять учет случаев лечения по КСГ, для которых Приложением № 4 к Программе установлена доля заработной платы и прочих расходов.

В случае отсутствия в субъекте Российской Федерации технической и информационной возможности для учета вклада случаев госпитализаций взрослых с применением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях в средний поправочный коэффициент (СПК), используемый для расчета базовой ставки в соответствии с пунктом 3.1 данного раздела рекомендаций, при определении СПК в процессе расчета базовой ставки может быть принято допущение, что коэффициент дифференциации применяется ко всей стоимости КСГ без учета доли расходов на заработную плату. При использовании такого подхода при расчете базовой ставки следует учитывать, что оценку экономии, складывающейся   
в результате применения поправочных коэффициентов и коэффициента дифференциации только к доле заработной платы и прочих расходов   
в структуре КСГ, целесообразно проводить ежеквартально или один раз   
в полугодие.

**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.

Субъектами Российской Федерации на основе перераспределения объемов медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания устанавливаются дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на одного жителя и нормативы объема медицинской помощи на одно застрахованное лицо с учетом этапов оказания медицинской помощи, уровня и структуры заболеваемости, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности медицинских организаций,   
а также климатических и географических особенностей регионов, учитывая приоритетность финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи.

**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.

При этом оплата иной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (за исключением отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, а также молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее – молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, 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), осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, рассчитанному с учетом выделения объемов финансового обеспечения оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «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» включаются расходы на медицинскую помощь по соответствующим профилям, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.

**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 (), устанавливаемый в соответствии с Требованиями, определяется   
по следующей формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | объем средств на оплату медицинской помощи  в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, рублей; |
|  | 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:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи  с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, обращений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения  по заболеванию при оказании медицинской помощи  по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий  в части базовой программы, комплексных посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений; |
|  | 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; |
|  | 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; |
|  | 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; |
|  | 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; |
|  | 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; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | 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; |
|  | 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 подушевого норматива финансирования   
на прикрепившихся лиц**

В соответствии с Требованиями в тарифном соглашении устанавливаются:

- базовый 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;

- перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого нормативу финансирования.

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| ПНБА3 | базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей; |
|  | объем средств на оплату медицинской помощи  по подушевому нормативу финансирования, рублей; |
|  | доля средств, направляемая на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности; |
|  | единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462. |

В базовый 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 (), рассчитывается без учета средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема,   
и средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, определяется по следующей формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| ОСФАП | объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов  в соответствии с установленными Территориальной программой государственных гарантий размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (при необходимости – за исключением медицинской помощи в неотложной форме), рублей; |
| ОСИССЛЕД | объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
| ОСНЕОТЛ | 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); |
|  | 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», а также диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения), рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии  с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей |
|  | объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (в том числе второго этапа диспансеризации и углубленной диспансеризации), рублей |

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

Объем средств, направляемый на финансовое обеспечение медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами, 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 проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, рассчитывается   
по следующей формуле:

ОСИССЛЕД = ,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | средний норматив объема медицинской помощи  для проведения j-го исследования (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)), установленный Территориальной программой государственных гарантий  в части базовой программы, исследований; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения j-го исследования (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)), установленный Территориальной программой государственных гарантийв части базовой программы, рублей; |
|  | численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек. |

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

ОСНЕОТЛ = НоНЕОТЛ × НфзНЕОТЛ × ЧЗ.

Средства на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплата которой согласно разделу IV Программы осуществляется за единицу объема, в том числе за медицинскую услугу, посещение (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации), а также средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов 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 оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «Медицинская реабилитация» целесообразно осуществлять 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.

**2.3. Правила применения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи**

Подушевые нормативы финансирования для каждой медицинской организации должны определяться дифференцированно с учетом предусмотренных пунктом 5.1.6 Требований коэффициентов.

С учетом объективных, экономически обоснованных критериев и расчетов, выполненных в соответствии с Методикой расчета тарифов, коэффициенты специфики могут определяться дифференцированно   
в зависимости от уровня (подуровня) медицинской организации   
с установлением коэффициентов по каждому подуровню. При этом   
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 – ); (рассчитываются   
в соответствии с пунктом 2.5 настоящего раздела рекомендаций)

2) коэффициенты половозрастного состава (далее – ); (рассчитываются в соответствии с пунктом 2.4 настоящего раздела рекомендаций)

3) коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (далее – ) (при необходимости);

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

При расчете 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 и ,   
в тарифном соглашении указывается, что и для всех медицинских организаций, использующих соответствующий способ оплаты, принимается равным 1.

В случае использования в субъекте Российской Федерации при расчете дифференцированного подушевого норматива и медицинские организации объединяются в группы (отдельно по и отдельно по ), а при расчете дифференцированного подушевого норматива используются значения и для соответствующей группы медицинских организаций. Значения и для групп медицинских организаций рекомендуется рассчитывать с учетом численности прикрепленного населения медицинской организацией.

При этом снижение размера финансового обеспечения медицинской организации с учетом наличия у нее подразделений, расположенных   
в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях,   
по сравнению с уровнем предыдущего года недопустимо (без учета применения ).

**2.4. Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации**

С целью учета различий в потреблении медицинской помощи в субъекте Российской Федерации при расчете значений коэффициента специфики оказания медицинской помощи 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.

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 на первое число первого месяца расчетного периода.

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 (P) в субъекте Российской Федерации (без учета возраста и пола) по формуле:

,

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:

,

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 коэффициенты дифференциации КДj для каждой половозрастной группы по формуле:

.

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).

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

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i-той медицинской организаций; |
|  | половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для j-той половозрастной группы (подгруппы); |
|  | численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, в j-той половозрастной группе (подгруппе), человек; |
|  | 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 половозрастного коэффициента дифференциации для медицинской организации.

**2.5. Расчет значений**

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 КДОТ, объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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); |
|  | 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); |
|  | 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**

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | дифференцированный подушевой норматив для i-той медицинской организации, рублей; |
|  | коэффициент половозрастного состава, для i-той медицинской организации; |
|  | коэффициент уровня расходов медицинских организаций, для i-той медицинской организации; |
|  | коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i-той медицинской организации; |
|  | коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий наличие 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; |
|  | коэффициент дифференциации для i-той медицинской организации. |
|  | поправочный коэффициент |

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного   
по дифференцированным подушевым нормативам финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, к объему средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на выплаты по итогам оценки результативности деятельности медицинских организаций), рассчитанному   
в соответствии с пунктом 2.2 настоящего Раздела рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

В случае, если при расчете фактических дифференцированных подушевых нормативов используется поправочный коэффициент, отличный от 1, указанный коэффициент в обязательном порядке отражается в тарифном соглашении.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи (ФДПн) рассчитывается по формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| base_1_217556_74 | фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей. |

**2.7. Расчет объема финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов**

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения   
об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрировано в Минюсте России 27 июня 2012 г. № 24726) (далее – Приказ № 543н) составляет в среднем на 2022 год:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий   
от 100 до 900 жителей, – 1 174,2 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий   
от 900 до 1500 жителей, – 1 860,3 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий   
от 1500 до 2000 жителей, – 2 088,9 тыс. рублей.

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 фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

При этом размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов 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 фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при необходимости субъектом Российской Федерации самостоятельно устанавливаются базовые нормативы финансовых затрат   
на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов иных типов (обслуживающих менее 100 и более 2000 жителей, а также указанных пунктов, не соответствующих требованиям, установленным Приказом № 543н) исходя из установленных Разделом VI Программы нормативов, с применением понижающих и повышающих поправочных коэффициентов к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерского-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей и от 1500 до 2000 жителей соответственно.

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i-той медицинской организации; |
|  | число фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов  n-типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению); |
|  | базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n-го типа; |
|  | 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 № 543н (для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения определен Разделом VI Программы, устанавливается значение коэффициента равное 1). |

В случае, если у фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов   
в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом № 543н или коэффициент специфики, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов за предыдущие периоды с начала года,   
и рассчитывается следующим образом:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | фактический размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта; |
|  | объем средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта с начала года; |
|  | количество месяцев, оставшихся до конца календарного года. |

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

**2.8. Оплата** **профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации**

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н   
«Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (зарегистрировано в Минюсте России 30 июня 2021 г. № 64042), от 10 августа 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (зарегистрировано в Минюсте России   
18 августа 2017 г. № 47855), от 15 февраля 2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (зарегистрировано   
в Минюсте России 2 апреля 2013 г. № 27964), от 21 апреля 2022 г. № 275н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» (зарегистрировано в Минюсте России 29 апреля 2022 г. № 68366), от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (зарегистрировано в Минюсте России 21 апреля 2022 г. № 68288) и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

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.

Граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования   
и иные медицинские вмешательства по перечню согласно Приложению № 2   
к Программе.

Углубленная диспансеризация также может быть проведена   
по инициативе гражданина, в отношении которого отсутствуют сведения   
о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

В тарифном соглашении устанавливаются тарифы на указанные   
в Приложении № 2 к Программе медицинские услуги в соответствии   
с нормативом финансовых затрат, установленным территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Оплата случаев диспансерного наблюдения осуществляется за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных порядком проведения диспансерного наблюдения, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья.

Тарифы на оплату диспансерного наблюдения рекомендуется устанавливать дифференцировано в зависимости от профиля врача, проводящего диспансерное наблюдение. При этом по решению субъекта тарифы могут быть дифференцированы в зависимости от хронических заболеваний, функциональных расстройств, иных состояний, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение, а также в зависимости от проведенных в рамках комплексного посещения лабораторных и диагностических исследований.

**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:

base_1_217556_64,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| ФОФАКТ | фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей; |
| ОМП | 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.

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.

Проведение в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи диспансерного наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития включается   
в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является комплексное посещение.

Субъекты Российской Федерации устанавливают тарифы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала) с учетом применения различных видов и методов исследований систем, органов и тканей человека, обусловленных заболеваемостью населения.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала) осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медицинскую помощь, при наличии медицинских показаний.

Приложением № 7 к Программе установлены средние нормативы объема и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи   
в амбулаторных условиях 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).

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

,

где:

объем средств, полученных i-той медицинской организацией   
за оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях;

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

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

**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:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | фактический размер финансового обеспечения i-той медицинской организации в части оказания первичной медико-санитарной помощи, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату первичной-медико-санитарной помощи по КСГ, оказываемой в i-той медицинской организации в условиях дневного стационара, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID–19) в i-той медицинской организации, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату посещений  в неотложной форме в i-той медицинской организации, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в i-той медицинской организации  в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам, в том числе углубленной диспансеризации (за исключением ), рублей. |

**2.11. Применение показателей результативности деятельности медицинской организации**

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, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| ОСПН | финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц,  по подушевому нормативу финансирования, рублей; |
| ОСРД | объем средств, направляемых медицинским организациям  в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке (далее – объем средств с учетом показателей результативности), рублей. |
|  | фактический 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.

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

Выплаты по итогам второго полугодия (года) распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года ‑ ноябрь текущего года (включительно) и включаются в счет за декабрь.

Рекомендуемый объем средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности, за первое полугодие, составляет до 30% от общего объема средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности, запланированного на год.

Оставшийся объем средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности, а также средства, не распределенные между медицинскими организациями по итогам первого полугодия, распределяются между медицинскими организациями на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года ‑ ноябрь текущего года (включительно).

Приложением к Требованиям определен перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций (далее – показатели результативности деятельности).

Показатели результативности деятельности, порядок их применения 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 показателей на блоки, отражающих результативность оказания медицинской помощи разным категориям населения (взрослому населению, детскому населению, акушерско-гинекологической помощи) в амбулаторных условиях.

В случае, когда группа показателей результативности одного из блоков неприменима для конкретной медицинской организации и (или) отчетного периода, суммарный максимальный балл и итоговый коэффициент для соответствующей медицинской организации могут рассчитываться без учета этой группы показателей.

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).

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. Методикой предусмотрена максимально возможная сумма баллов по каждому блоку, которая составляет:

- 25 баллов для показателей блока 1;

- 10 баллов для показателей блока 2;

- 6 баллов для показателей блока 3.

В зависимости от результатов деятельности медицинской организации   
по каждому показателю определяется балл в диапазоне от 0 до 3 баллов.

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.

Рекомендуемый порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций представлен в Приложении   
12 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, 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.

,

где:

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;

совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

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:

,

где:

среднегодовая численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации в j-м году, человек;

численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число первого месяца j-го года, человек;

численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число второго месяца года, следующего за j-тым, человек;

численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число одиннадцатого месяца j-го года, человек;

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 (), рассчитывается следующим образом:

***,***

где:

– 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.

,

где:

объем средств, используемый при распределении 30 процентов   
от объема средств на стимулирование медицинских организаций   
за j-ый период, в расчете на 1 балл, рублей;

совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

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 (), рассчитывается следующим образом:

где:

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 в полном объеме медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, следует производить при условии 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).

При условии выполнения медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи, Комиссия вправе применять понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат в зависимости от процента выполнения объемов медицинской помощи.

В условиях распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методика расчёта показателя может быть скорректирована на предмет исключения из расчета периода, когда деятельность медицинской организации (в части соответствующего направления деятельности) была приостановлена приказом руководителя медицинской организации за расчетный период путем перерасчета к значению за период.

С учетом неблагоприятной эпидемиологической обстановки, связанной   
с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19), и особенностей оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях в соответствующий период в тарифном соглашении рекомендуется установить дату, с которой финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, будет осуществляться с учетом показателей результативности деятельности.

**2.12.  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 Федеральным государственным бюджетным учреждением «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.

**2.13. Особенности оплаты медицинской помощи с применением телемедицинских технологий**

В соответствии с Программой подушевой норматив финансирования   
на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях включается в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи; 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 коэффициента уровня (подуровня) медицинской организации, 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 3.

|  |  |
| --- | --- |
| **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 возможно установление:

-  тарифов на оплату медицинских услуг с применением телемедицинских технологий в рамках межучрежденческих расчетов между медицинскими организациями субъекта Российской Федерации, осуществляемых через страховые медицинские организации;

- 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.

**2.14. 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»,   
по которым осуществляется оплата первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи по соответственно соответствующим профилям.

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

,

где:

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи по профилям «Акушерство и гинекология» или «Стоматология» соответственно;

объем средств, выделенный Комиссией на оплату медицинской помощи по профилям «Акушерство и гинекология» или «Стоматология» соответственно;

численность прикрепленного населения к медицинским организациям (структурным подразделениям медицинских организаций), оказывающим медицинскую помощь   
по профилям «Акушерство и гинекология» или «Стоматология» соответственно.

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

,

где:

базовый подушевой норматив финансирования по профилю «Акушерство и гинекология» или «Стоматология» соответственно;

доля средств, направляемая на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности.

Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования по профилю «Акушерство и гинекология» или «Стоматология» соответственно, а также коэффициенты, применяемые   
к базовому подушевому нормативу финансирования по указанным профилям согласно Требованиям, рассчитываются аналогично коэффициентам, применяемым к базовому подушевому нормативу финансирования медицинской помощи, и устанавливаются в тарифном соглашении.

Расчет объема средств, направляемых на выплаты медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, за достижение показателей результативности деятельности при оплате медицинской помощи   
по подушевому нормативу финансирования по профилю «Акушерство   
и гинекология», а также оценка значений показателей результативности деятельности таких медицинских организаций проводятся в соответствии   
с пунктом 2.14 настоящего раздела и приложениями 11 и 12 к рекомендациям.

**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 среднего подушевого норматива финансирования**

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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; |
|  | 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:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| НоСМП | средний норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, вызовов; |
| НфзСМП | средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
| ОСМТР | 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; |
|  | численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек. |

**2.1. Определение базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи**

Базовый 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:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| ПнБАЗ | базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным  в данном субъекте Российской Федерации лицам за вызов, рублей; |
|  | 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**

На основе базового 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:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| ДПнi | дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей; |
|  | коэффициент половозрастного состава;  коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации);  коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i-той медицинской организации; |
|  | коэффициент дифференциации i-той медицинской организации. |

Исчерпывающий перечень коэффициентов дифференциации, которые могут использоваться при расчете 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.

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации распределяется на половозрастные группы (подгруппы). При этом для каждой половозрастной группы (подгруппы) рассчитываются единые значения коэффициента дифференциации в пределах субъекта Российской Федерации. Указанные коэффициенты устанавливаются тарифным соглашением.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного   
по дифференцированным подушевым нормативам финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| base_1_217556_72 | численность застрахованных лиц, обслуживаемых i-той медицинской организации, человек. |

В случае, если при расчете фактических дифференцированных подушевых нормативов используется поправочный коэффициент, отличный от 1, указанный коэффициент в обязательном порядке отражается в тарифном соглашении.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации (ФДПн) рассчитывается по формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| base_1_217556_74 | фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей. |

**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:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| ФОСМП | размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей; |
| ЧзПР | 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.

**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 (ВКЛЮЧАЯ ПОКАЗАТЕЛИ 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, включая показатели объема медицинской помощи. При этом из расходов   
на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования   
на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов.

Указанный подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц для медицинской организации складывается из рассчитанного фактического 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 в условиях круглосуточного стационара и в референс – центрах, включая дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования.

**VI. ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ КОЭФФИЦИЕНТОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И РАЗМЕРА ШТРАФА   
ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА**

Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (далее – Перечень оснований для применения санкций) по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи (далее – МЭК, МЭЭ, ЭКМП) определены приложением № 5 к Правилам ОМС.

В соответствии с пунктом 154 Правил ОМС размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (Н) рассчитывается по формуле:

,

где:

Н размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

РТ размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий   
на дату оказания медицинской помощи;

коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи, действующий на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП.

Если стоимость случая, подлежащего неоплате (неполной оплате)   
не является тарифом, утвержденным тарифным соглашением, или получена расчетным путем, в том числе с использованием доли оплаты прерванных случаев, то параметр РТ следует понимать как сумму, выставленную к оплате по законченному случаю лечения.

Согласно пункту 155 Правил ОМС размер штрафа, применяемого   
к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества , рассчитывается по формуле:

,

где:

размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

РП установленный тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от условий оказания медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи;

коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, действующий на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП.

В случае, если коэффициент дифференциации не является единым   
на территории субъекта Российской Федерации, при расчете РП применяется коэффициент дифференциации, рассчитанный для территории, на которой находится медицинская организация (структурное подразделение медицинской организации), в отношении которой (которого) применяются штрафные санкции (далее – соответствующая медицинская организация). В таком случае параметр РП рассчитывается путем деления подушевого норматива, установленного Территориальной программой государственных гарантий на единый коэффициент дифференциации, рассчитанный   
в соответствии с Постановлением № 462, и умножения на коэффициент дифференциации, используемый при оплате медицинской помощи   
в соответствующей медицинской организации в соответствующих условиях). В остальных случаях используется единый коэффициент дифференциации для субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии   
с Постановлением № 462.

С целью обеспечения единства подходов к определению размера штрафов на всей территории Российской Федерации одновременно со сведениями   
о перечне оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, устанавливаемыми в тарифном соглашении в соответствии с пунктом 7 Требований рекомендуется устанавливать размеры подушевых нормативов финансирования, используемые при определении размера штрафа   
за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе условий оказания медицинской помощи:

1. в амбулаторных условиях – установленный Территориальной программой государственных гарантий подушевой норматив финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования для медицинской помощи, предоставляемой в рамках базовой программы застрахованным лицам в амбулаторных условиях (при необходимости – с учетом коэффициента дифференциации соответствующей медицинской организации);

2. при оплате скорой медицинской помощи вне медицинской организации – установленный Территориальной программой государственных гарантий подушевой норматив финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования для скорой медицинской помощи, предоставляемой в рамках базовой программы застрахованным лицам (при необходимости – с учетом коэффициента дифференциации соответствующей медицинской организации);

3. в стационарных условиях, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи – установленный Территориальной программой государственных гарантий подушевой норматив финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, предоставляемой в рамках базовой программы застрахованным лицам (при необходимости – с учетом коэффициента дифференциации соответствующей медицинской организации).

4. в условиях дневного стационара, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи – установленный Территориальной программой государственных гарантий подушевой норматив финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования для специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара, предоставляемой в рамках базовой программы застрахованным лицам (при необходимости – с учетом коэффициента дифференциации соответствующей медицинской организации).

При этом, размеры подушевых нормативов в разрезе условий оказания медицинской помощи, применяемые для расчета штрафных санкций в рамках базовой программы ОМС, должны быть в обязательном порядке установлены в тарифном соглашении.

С целью достижения сопоставимости размера штрафов по сопоставимым основаниям в одинаковых условиях оказания медицинской помощи среди медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в случае, если медицинская помощь, в отношении которой по результатам МЭК, МЭЭ или ЭКМП принято решение о необходимости применения штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, подлежит оплате в субъекте Российской Федерации по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, при определении размера штрафа применяется значение вышеуказанных подушевых нормативов финансирования в зависимости от условий, в которых фактически была оказана медицинская помощь, подлежащая наложению штрафа, независимо от применяемого способа оплаты.

Приложение 1

ПЕРЕЧЕНЬ СЛУЧАЕВ,

ДЛЯ КОТОРЫХ УСТАНОВЛЕН КСЛП

| **№** | **Случаи, для которых установлен КСЛП** | **Значение КСЛП** |
| --- | --- | --- |
| 1 | предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов, имеющих ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности, независимо от возраста), за исключением случаев, к которым применяется КСЛП, предусмотренный пунктом 2 настоящего перечня | 0,2 |
| 2 | предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов, имеющих ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности, независимо от возраста), получающих медицинскую помощь по профилю «Детская онкология» и (или) «Гематология» | 0,6 |
| 3 | оказание медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра и за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки | 0,2 |
| 4 | развертывание индивидуального поста | 0,2 |
| 5 | наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии1, требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации | 0,6 |
| 6 | проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 1) 2 | 0,05 |
| 7 | проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 2) 2 | 0,47 |
| 8 | проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 3) 2 | 1,16 |
| 9 | проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 4) 2 | 2,07 |
| 10 | проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 5) 2 | 3,49 |
| 11 | проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов 3 | 0,72 |
| 12 | проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях\* | 0,63 |
| 13 | проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара\* | 1,20 |

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-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 реанимация», 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 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, st19.125-st19.143; в условиях дневного стационара по КСГ ds19.058-ds19.062, ds19.067-ds19.078, ds19.097-ds19.115.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Код схемы** | **Описание схемы** | **Условия применения** |
| supt01 | Филграстим 4 дня введения по 300 мкг |  |
| supt02 | Деносумаб 1 день введения 120 мг | N18.3, N18.4, N18.5 «Хроническая болезнь почки, стадия 3-5» (при клиренсе креатинина <59 мл/мин |
| supt03 | Тоцилизумаб 1 день введения 4 мг/кг |  |
| supt04 | Филграстим 8 дней введения по 300 мкг |  |
| supt05 | Эмпэгфилграстим 1 день введения 7,5 мг |  |
| supt06 | Филграстим 10 дней введения по 300 мкг |  |
| supt07 | Микофенолата мофетил 30 дней введения по 500 мг 2 раза в день |  |
| supt08 | Такролимус 30 дней введения по 0,1 мг/кг |  |
| supt09 | Ведолизумаб 1 день введения 300 мг |  |
| supt10 | Инфликсимаб 1 день введения 800 мг |  |
| supt11 | Иммуноглобулин человека нормальный 2 дня введения по 1000 мг/кг |  |
| supt12 | Иммуноглобулин антитимоцитарный 8-14 дней введения 10-20 мг/кг |  |

**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]](#footnote-3);

- Рассеянный склероз (G35);

- Хронический лимфоцитарный лейкоз (С91.1);

- 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 |
| 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 |
| A16.07.066 | Уранопластика (устранение врожденной расщелины твердого и мягкого неба) | A16.07.042 | Пластика уздечки верхней губы |
| A16.07.066 | Уранопластика (устранение врожденной расщелины твердого и мягкого неба) | A16.07.044 | Пластика уздечки языка |
| A16.30.014 | Экстирпация срединных кист и свищей шеи | A16.01.018 | Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки |
| A16.30.014 | Экстирпация срединных кист и свищей шеи | A16.01.017 | Удаление доброкачественных новообразований кожи |
| A16.30.015 | Экстирпация боковых свищей шеи | A16.01.018 | Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки |
| A16.30.015 | Экстирпация боковых свищей шеи | A16.01.017 | Удаление доброкачественных новообразований кожи |
| A16.07.016 | Цистотомия или цистэктомия | A16.01.018 | Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки |
| A16.01.031 | Устранение рубцовой деформации | A16.01.018 | Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки |
| A16.01.013 | Удаление сосудистой мальформации | A16.01.018 | Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки |
| A16.26.106 | Удаление инородного тела, новообразования из глазницы | A16.26.111 | Пластика века (блефаропластика) без и с пересадкой тканей |
| A16.07.016 | Цистотомия или цистэктомия | A16.07.042 | Пластика уздечки верхней губы |
| 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 артерий верхней конечности прямая |
| 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 |
| 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 |
| 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 опорно­двигательной 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 |
| 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 |
| 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 | А16.12.026.018 | 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 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 использованием видеоэндоскопических технологий | A16.16.046.002 | Лапароскопическая диафрагмокрурорафия |
| 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) |
| 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** | |
| --- | --- | --- | --- |
| A16.22.001 | Гемитиреоидэктомия | A16.30.002.002 | Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов |
| A16.18.016 | Гемиколэктомия правосторонняя | A16.14.030 | Резекция печени атипичная |
| A16.30.002.002 | Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов | A16.30.001.002 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов |
| A16.30.002.002 | Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов | A16.30.001.001 | Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий |
| A16.26.093.002 | Факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы | A16.26.049.005 | Неавтоматизированная эндотекатопластика |
| A16.26.049.004 | Послойная кератопластика | A16.26.093.002 | Факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы |
| A16.26.089.002 | Витреоэктомия задняя субтотальная закрытая | A16.26.093.002 | Факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы |

**Уровень 4**

| **Операция 1** | | **Операция 2** | |
| --- | --- | --- | --- |
| A16.09.026.004 | Пластика диафрагмы с использованием видеоэндоскопических технологий | A16.16.032.002 | Эндоскопическая кардиодилятация пищевода баллонным кардиодилятатором |
| A16.28.004.001 | Лапароскопическая нефрэктомия | A16.21.002 | Трансуретральная резекция простаты |
| A16.26.089.002 | Витреоэктомия задняя субтотальная закрытая | A16.26.094 | Имплантация интраокулярной линзы |
| A16.26.089.002 | Витреоэктомия задняя субтотальная закрытая | A16.26.082 | Круговое эпиклеральное пломбирование |
| 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 | А16.12.026.018 | Баллонная ангиопластика подвздошной артерии |
| A16.12.038.006 | Бедренно - подколенное шунтирование | А16.12.026.018 | 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 |
| A16.12.011.008 | Пластика глубокой бедренной артерии | А16.12.026.018 | Баллонная ангиопластика подвздошной артерии |
| A16.12.009 | Тромбэндартерэктомия | A16.12.028 | Установка стента в сосуд |
| A16.12.009 | Тромбэндартерэктомия | А16.12.026.018 | 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 КСГ ДЛЯ ОПЛАТЫ УСЛУГ ДИАЛИЗА (БЕЗ УЧЕТА КОЭФФИЦИЕНТА ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ)

| **№** | **Код услуги** | **Наименование услуги (КСГ)** | **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 |
| 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 |
| 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 зубов1 | 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 |
| А16.07.002.001 | Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использованием стоматологических цементов2 | 1,53 | 1,53 |
| А16.07.002.002 | Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использование материалов химического отверждения2 | 1,95 | 1,95 |
| А16.07.002.003 | Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием стоматологических цементов2 | 1,85 | 1,85 |
| А16.07.002.004 | Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения2 | 2,5 | 2,5 |
| А16.07.002.005 | Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием стеклоиномерных цементов2 | 2,45 | 2,45 |
| А16.07.002.006 | Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения2 | 3,25 | 3,25 |
| А16.07.002.007 | Восстановление зуба пломбой из амальгамы I, V класс по Блэку2 | 1,95 | 1,95 |
| А16.07.002.008 | Восстановление зуба пломбой из амальгамы II класс по Блэку2 | 2,33 | 2,33 |
| А16.07.002.010 | Восстановление зуба пломбой I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров2 | 3,35 | 3,35 |
| А16.07.002.011 | Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров2 | 3,75 | 3,75 |
| А16.07.002.012 | Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров2 | 4 | 4 |
| А16.07.002.009 | Наложение временной пломбы | 1,25 | 1,25 |
| A16.07.091 | Снятие временной пломбы | 0,25 | 0,25 |
| A16.07.092 | Трепанация зуба, искусственной коронки | 0,48 | 0,48 |
| A16.07.008.001 | Пломбирование корневого канала зуба пастой | 1,16 | 1,16 |
| A16.07.008.002 | Пломбирование корневого канала зуба гуттаперчивыми штифтами | 1,7 | 1,7 |
| A11.07.027 | Наложение девитализирующей пасты | 0,03 | 0,03 |
| A16.07.009 | Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы) | 0,21 | 0,21 |
| A16.07.010 | Экстирпация пульпы | 0,46 | 0,46 |
| A16.07.019 | Временное шинирование при заболеваниях пародонта3 | 1,98 | 1,98 |
| A16.07.020.001 | Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба ручным методом4 | 0,32 | 0,32 |
| A16.07.025.001 | Избирательное полирование зуба | 0,2 | 0,2 |
| A22.07.002 | Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба4 | 0,2 | 0,2 |
| A16.07.030.001 | Инструментальная и медикаментозная обработка хорошо проходимого корневого канала | 0,92 | 0,92 |
| 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 зуба4 | 0,31 | 0,31 |
| А16.07.082.001 | Распломбировка корневого канала, ранее леченного пастой | 2 | 2 |
| А16.07.082.002 | 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 костей5 | 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 |
| А11.07.005 | 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 |
| A16.01.004 | Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани6 | 1,3 | 1,3 |
| A16.01.008 | Сшивание кожи и подкожной клетчатки7 | 0,84 | 0,84 |
| A16.07.097 | Наложение шва на слизистую оболочку рта | 0,84 | 0,84 |
| A16.01.012 | Вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса) | 2 | 2 |
| A16.01.016 | Удаление атеромы | 2,33 | 2,33 |
| A16.01.030 | Иссечение грануляции | 2,22 | 2,22 |
| A16.04.018 | Вправление вывиха сустава | 1 | 1 |
| A16.07.095.001 | Остановка луночного кровотечения без наложения швов методом тампонады | 1,25 | 1,25 |
| A16.07.095.002 | Остановка луночного кровотечения без наложения швов с использованием гемостатических материалов | 1 | 1 |
| A16.07.001.001 | Удаление временного зуба | 1,01 | 1,01 |
| A16.07.001.002 | Удаление постоянного зуба | 1,55 | 1,55 |
| A16.07.001.003 | Удаление зуба сложное с разъединением корней | 2,58 | 2,58 |
| A16.07.024 | Операция удаления ретинированного, дистопированного или сверхкомплектного зуба | 3 | 3 |
| A16.07.040 | Лоскутная операция в полости рта8 | 2,7 | 2,7 |
| A16.07.007 | Резекция верхушки корня | 3,78 | 3,78 |
| A16.07.011 | Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления в полости рта | 1 | 1 |
| A16.07.012 | Вскрытие и дренирование одонтогенного абсцесса | 0,97 | 0,97 |
| A16.07.013 | Отсроченный кюретаж лунки удаленного зуба | 1,03 | 1,03 |
| A16.07.014 | Вскрытие и дренирование абсцесса полости рта | 2,14 | 2,14 |
| A16.07.015 | Вскрытие и дренирование очага воспаления мягких тканей лица или дна полости рта | 2,41 | 2,41 |
| A16.07.016 | Цистотомия или цистэктомия | 3,89 | 3,89 |
| A16.07.017.002 | Коррекция объема и формы альвеолярного отростка9 | 1,22 | 1,22 |
| A16.07.026 | Гингивэктомия | 4,3 | 4,3 |
| А16.07.089 | Гингивопластика | 4,3 | 4,3 |
| A16.07.038 | Открытый кюретаж при заболеваниях пародонта в области зуба4 | 1 | 1 |
| A16.07.042 | Пластика уздечки верхней губы | 2,1 | 2,1 |
| A16.07.043 | Пластика уздечки нижней губы | 2,1 | 2,1 |
| A16.07.044 | Пластика уздечки языка | 1 | 1 |
| A16.07.096 | Пластика перфорации верхнечелюстной пазухи | 4 | 4 |
| 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 |
| А21.07.001 | 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 |
| B04.063.001 | Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта |  | 1,69 |
| A02.07.004 | Антропометрические исследования |  | 1,1 |
| А23.07.002.027 | 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 |
| А16.07.053.002 | 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 зуба4 | 0,7 | 0,7 |
| A13.30.007 | Обучение гигиене полости рта | 0,87 | 0,87 |
| А16.07.057 | 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, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ПРИ ОПЛАТЕ ПРЕРВАННЫХ СЛУЧАЕВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**Таблица 1. Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения   
до 3 дней включительно**

| **№ КСГ** | **Наименование КСГ** |
| --- | --- |
| **Круглосуточный стационар** | |
| st02.001 | Осложнения, связанные с беременностью |
| st02.002 | Беременность, закончившаяся абортивным исходом |
| 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) |
| st03.002 | Ангионевротический отек, анафилактический шок |
| st05.008 | Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе\* |
| st08.001 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети\* |
| st08.002 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети\* |
| st08.003 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети\* |
| st12.010 | Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые |
| st12.011 | Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети |
| st14.002 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2) |
| st15.008 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)\* |
| st15.009 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)\* |
| st16.005 | Сотрясение головного мозга |
| st19.007 | Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2) |
| st19.038 | Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований |
| st19.125 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)\* |
| st19.126 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)\* |
| st19.127 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)\* |
| st19.128 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)\* |
| st19.129 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)\* |
| st19.130 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)\* |
| st19.131 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)\* |
| st19.132 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)\* |
| st19.133 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)\* |
| st19.134 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)\* |
| st19.135 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)\* |
| st19.136 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)\* |
| st19.137 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)\* |
| st19.138 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14)\* |
| st19.139 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15)\* |
| st19.140 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16)\* |
| st19.141 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17)\* |
| st19.142 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 18)\* |
| st19.143 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 19)\* |
| st19.082 | Лучевая терапия (уровень 8) |
| st19.090 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения (уровень 1) |
| st19.094 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1) |
| st19.097 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1) |
| st19.100 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4) |
| 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) |
| st20.010 | 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) |
| 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) |
| st25.004 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы |
| st27.012 | Отравления и другие воздействия внешних причин |
| st30.006 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1) |
| 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) |
| st30.014 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5) |
| st31.017 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи |
| st32.002 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2) |
| st32.012 | Аппендэктомия, взрослые (уровень 2) |
| st32.016 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1) |
| st34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| st36.001 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина\* |
| st36.020 | Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) (уровень 1) |
| st36.021 | Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) (уровень 2) |
| st36.022 | Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) (уровень 3) |
| st36.023 | Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) (уровень 4) |
| 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 |
| st36.025 | Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1) |
| st36.026 | Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2) |
| st36.027 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (инициация)\* |
| st36.028 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1)\* |
| st36.029 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2)\* |
| st36.030 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3)\* |
| st36.031 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 4)\* |
| st36.032 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 5)\* |
| st36.033 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 6)\* |
| st36.034 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 7)\* |
| st36.035 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 8)\* |
| st36.036 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 9)\* |
| st36.037 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 10)\* |
| st36.038 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 11)\* |
| st36.039 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 12)\* |
| st36.040 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 13)\* |
| st36.041 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 14)\* |
| st36.042 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 15)\* |
| st36.043 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 16)\* |
| st36.044 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 17)\* |
| st36.045 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 18)\* |
| st36.046 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 19)\* |
| st36.047 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 20)\* |
| **Дневной стационар** | |
| ds02.001 | Осложнения беременности, родов, послеродового периода |
| ds02.006 | Искусственное прерывание беременности (аборт) |
| ds02.007 | Аборт медикаментозный |
| ds02.008 | Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1) |
| ds05.005 | Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе\* |
| ds08.001 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети\* |
| ds08.002 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети\* |
| ds08.003 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети\* |
| ds15.002 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)\* |
| ds15.003 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)\* |
| ds19.028 | Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований |
| ds19.029 | Госпитализация в диагностических целях с постановкой (подтверждением) диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ (только для федеральных медицинских организаций) |
| ds19.033 | Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и (или) иммуногистохимического исследования |
| ds19.097 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)\* |
| ds19.098 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)\* |
| ds19.099 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)\* |
| ds19.100 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)\* |
| ds19.101 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)\* |
| ds19.102 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)\* |
| ds19.103 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)\* |
| ds19.104 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)\* |
| ds19.105 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)\* |
| ds19.106 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)\* |
| ds19.107 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)\* |
| ds19.108 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)\* |
| ds19.109 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)\* |
| ds19.110 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14)\* |
| ds19.111 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15)\* |
| ds19.112 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16)\* |
| ds19.113 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17)\* |
| ds19.114 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 18)\* |
| ds19.115 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 19)\* |
| ds19.057 | Лучевая терапия (уровень 8) |
| ds19.063 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения (уровень 1) |
| ds19.067 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1) |
| ds19.071 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1) |
| ds19.075 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5) |
| ds20.002 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| ds20.003 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| ds20.006 | Замена речевого процессора |
| ds21.002 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| ds21.003 | Операции на органе зрения (уровень 2) |
| ds21.004 | Операции на органе зрения (уровень 3) |
| ds21.005 | Операции на органе зрения (уровень 4) |
| ds21.006 | Операции на органе зрения (уровень 5) |
| ds21.007 | Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ) |
| ds25.001 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы |
| ds27.001 | Отравления и другие воздействия внешних причин |
| ds34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| ds36.001 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина\* |
| ds36.011 | Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) |
| ds36.012 | Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1) |
| ds36.013 | Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2) |
| ds36.014 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (инициация)\* |
| ds36.015 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1)\* |
| ds36.016 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2)\* |
| ds36.017 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3)\* |
| ds36.018 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 4)\* |
| ds36.019 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 5)\* |
| ds36.020 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 6)\* |
| ds36.021 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 7)\* |
| ds36.022 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 8)\* |
| ds36.023 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 9)\* |
| ds36.024 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 10)\* |
| ds36.025 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 11)\* |
| ds36.026 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 12)\* |
| ds36.027 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 13)\* |
| ds36.028 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 14)\* |
| ds36.029 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 15)\* |
| ds36.030 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 16)\* |
| ds36.031 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 17)\* |
| ds36.032 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 18)\* |
| ds36.033 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 19)\* |
| ds36.034 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 20)\* |
| ds36.035 | Лечение с применением методов афереза (каскадная плазмофильтрация, липидная фильтрация, иммуносорбция) в случае отсутствия эффективности базисной терапии |

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

**Таблица 2. 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) |
| st02.014 | 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) |
| st10.001 | Детская хирургия (уровень 1) |
| st10.002 | Детская хирургия (уровень 2) |
| st10.003 | Аппендэктомия, дети (уровень 1) |
| st10.004 | Аппендэктомия, дети (уровень 2) |
| 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) |
| 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) |
| 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) |
| 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) |
| 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) |
| 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) |
| 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) |
| 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) |
| 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) |
| 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) |
| 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 (уровень 1) |
| st32.012 | Аппендэктомия, взрослые (уровень 2) |
| 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) |
| 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 |
| 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) |
| 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) |
| 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 (уровень 1) |
| 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) |
| st21.005 | Операции на органе зрения (уровень 5) |
| st21.006 | Операции на органе зрения (уровень 6) |
| st21.009 | Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ) |
| 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 |
| 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 (уровень 1) |
| st32.012 | Аппендэктомия, взрослые (уровень 2) |
| 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 (инициация) |
| st36.028 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1) |
| st36.029 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2) |
| st36.030 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3) |
| st36.031 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 4) |
| st36.032 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 5) |
| st36.033 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 6) |
| st36.034 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 7) |
| st36.035 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 8) |
| st36.036 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 9) |
| st36.037 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 10) |
| st36.038 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 11) |
| st36.039 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 12) |
| st36.040 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 13) |
| st36.041 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 14) |
| st36.042 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 15) |
| st36.043 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 16) |
| st36.044 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 17) |
| st36.045 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 18) |
| st36.046 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 19) |
| st36.047 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 20) |
| 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 |
| 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 2023.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 2023.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;

- «Схемы лекарственной терапии» – 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;

- «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 «Схемы лекарственной терапии» 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 Рекомендациями |
| Наименование КСГ | Наименование КСГ |
| КЗ | Коэффициент относительной затратоемкости КСГ |
| Код профиля | Код профиля | Кодовое значение для столбца «Профиль» |
| Профиль | Наименование профиля | В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» |

**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, в которые 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**

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

В таблице приведен перечень элементов и описание состава справочника «Схемы лекарственной терапии»:

**Таблица – Структура справочника «Схемы лекарственной терапии» (лист «Схемы лекарственной терапии» 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 Минздрава России.

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: «ВЕР: 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 (ВЕР),*

*- 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 «Описание схемы».

*Например:*

*Схема sh0018 «Блеомицин + цисплатин + этопозид».*

*Описание схемы: «ВЕР: 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 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);

лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (st36.017-st36.019, ds36.008-ds36.010).

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-gemop14, gemop16-gemop18, gemop20-gemop26,  gibp01-gibp31 |
| 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 |

**1.6. Справочник иных классификационных критериев**

В файле MS Excel «Расшифровка групп» на листе «ДКК» содержится справочник иных классификационных критериев (в дополнение к справочникам «Схемы лекарственной терапии» 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 amt01-amt15, bt1-bt3, derm1-derm9, ep1-ep3, gem, if, nif, irs, it1-it2, ivf1-ivf7, mgi, lgh1- lgh12, olt, plt, rb2-rb6, rbb2-rbb5, rbpt, rb2cov-rb5cov, rbs, stt1-stt5 |
| 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 |
| 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 "Схемы лекарственной терапии", "МНН ЛП" и "ДКК" | Значения в соответствии со справочниками схем лекарственной терапии (лист «Схемы лекарственной терапии»), 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 |
| С00-С80 |  |  | 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 |

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

***1-й аспект применения***: диапазоны 1-3 используются для классификации случаев в КСГ 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 st36.016 и ds36.007 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции» в сочетании с кодом основного диагноза Z25.8 «Необходимость иммунизации против другой уточненной одной вирусной болезни» и иным классификационным критерием «irs».

***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.

**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 «С» 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, С00-С80, 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 st19.063   
в комбинации с любым диагнозом класса «С», входящим в диапазон C00-C80:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код по МКБ-10 |  |  |  |  |  | Возраст |  |  | Иной  классификационный  критерий | КСГ |
| C00-C80 |  |  |  |  |  | 6 |  |  | sh0024 | st19.063 |

**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 значений справочника: sh0001-sh9003,  flt1-flt5, gemop1-gemop14, gemop16-gemop18, gemop20-gemop26, gibp01-gibp31,  mt001-mt024, amt01-amt15, bt1-bt3,  derm1-derm9, ep1-ep3, gem, if, nif, irs, it1, it2, ivf1-ivf7, mgi, lgh1-lgh12, olt, plt, rb2-rb6, rbb2-rbb5, rbpt, rb2cov- rb5cov, rbs, stt1-stt5 |
| 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».  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. |

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 и п. 4.9 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:

a) В фильтр по полю «Код по МКБ-10» входят пустое значение и значение основного диагноза случая. Если для основного диагноза существуют расширительные диапазоны (С00-С80, 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 (С00-С80, 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   
(С00-С80, 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»;

- Для диапазона возраста от 29 до 90 дней – значение справочника категорий возраста включает значения «2», «4», «5»;

- Для диапазона возраста от 91 дня до 1 года – значение справочника категорий возраста включает значения «3», «4», «5»;

- Для диапазона возраста от 1 года включительно до 2 лет – значение справочника категорий возраста включает значения «4», «5»;

- Для диапазона возраста от 2 лет включительно до 17 лет – значение справочника категорий возраста включает значения «5»;

- Для диапазона возраста от 18 лет включительно – значение справочника категорий возраста включает значения «6».

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, flt1-flt5, gemop1-gemop14, gemop16-gemop18,   
gemop20-gemop26, gibp01-gibp31, mt001-mt024, amt01-amt15, bt1-bt3,   
derm1-derm9, ep1-ep3, gem, if, nif, irs, it1, it2, ivf1-ivf7, mgi, lgh1-lgh12, olt, plt, rb2-rb6, rbb2-rbb5, rbpt, rb2cov- rb5cov, rbs, stt1-stt5.

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 профилю «Медицинская реабилитация» (st37, ds37);

- 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);

- 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:

- st02.010 – Операции на женских половых органах (уровень 1) и st02.008 – Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов;

- st02.011 – Операции на женских половых органах (уровень 2) и st02.008 – Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов;

- st02.010 – Операции на женских половых органах (уровень 1) и st02.009 – Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов;

- st14.001 – Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1) и st04.002 – Воспалительные заболевания кишечника;

- st14.002 – Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2) и st04.002 – Воспалительные заболевания кишечника;

- st21.001 – Операции на органе зрения (уровень 1) и st21.007 – Болезни глаза;

- st34.002 – Операции на органах полости рта (уровень 1) и st34.001 – Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые;

- st34.002 – Операции на органах полости рта (уровень 1) и st26.001 – Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети, необходимо для строчки, закодированной только кодом МКБ-10 по группам КСГ (st02.008, st02.009, st04.002, st21.007, st34.001, st26.001), установить значение в поле «Приоритет» равное «-1» (тем самым отдать приоритет в пользу КСГ, закодированной через услугу в Номенклатуре). Список КСГ и их комбинаций указан в пункте 1.2.7 в таблице «Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги».

Если во «временной таблице» одновременно присутствуют строчки, относящиеся к КСГ 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 «С.», «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, коэффициентов затратоемкости групп 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 таблицей 1 Приложения 4 к настоящим рекомендациям, – 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. Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги**

| **Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ** | | | **Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование КСГ, сформированной  по услуге** | **КЗ** | **№** | **Наименование КСГ, сформированной  по диагнозу** | **КЗ** |
| st02.010 | Операции на женских половых органах (уровень 1) | 0,39 | st02.008 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов | 0,89 |
| st02.011 | Операции на женских половых органах (уровень 2) | 0,58 | st02.008 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов | 0,89 |
| st02.010 | Операции на женских половых органах (уровень 1) | 0,39 | st02.009 | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов | 0,46 |
| st14.001 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1) | 0,84 | st04.002 | Воспалительные заболевания кишечника | 2,01 |
| st14.002 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2) | 1,74 | st04.002 | Воспалительные заболевания кишечника | 2,01 |
| st21.001 | Операции на органе зрения (уровень 1) | 0,49 | st21.007 | Болезни глаза | 0,51 |
| st34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1) | 0,74 | st34.001 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые | 0,89 |
| st34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1) | 0,74 | st26.001 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети | 0,79 |

Субъект Российской Федерации вправе самостоятельно определять аналогичный перечень для дневного стационара.

**2.7. 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:**

**КСГ st10.002**

**КСГ st10.001**

**Критерии группировки**

**Алгоритм группировки**

**Итог группировки**

**Код операции**

**Возраст**

**> 1 года**

**< 28 дней**

**от 91 дня до 1 года**

**от 28 до 90 дней с диагнозами Р05.0, Р05.1, Р05.2, Р05.9, Р07.0, Р07.1, Р07.2, Р07.3**

**Соответ. хирург. КСГ**

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:**

**Критерии группировки**

**Алгоритм группировки**

**Итог группировки**

**Код Номенклатуры**

**Возраст**

**A16.09.011.002, A16.09.011.003, A16.09.011.004 + возраст**

**<=28 дней**

**< 90 дней с диагнозами Р05.0, Р05.1, Р05.2, Р05.9, Р07.0, Р07.1, Р07.2, Р07.3**

**КСГ st17.003**

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:**

**Детская КСГ**

**Критерии группировки**

**Алгоритм группировки**

**Итог группировки**

**Диагноз МКБ 10 или код услуги**

**Возраст**

**> 18 лет**

**≤ 18 лет**

**Взрослая КСГ**

### **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:**

**КСГ st30.005**

**Критерии группировки**

**Алгоритм группировки**

**Итог группировки**

**Диагноз МКБ 10**

**Пол**

**S38.0, S38.2, Т19.9, Т19.8, S30.2 + 1 (Ж)**

**S30.2, S38.2, Т19.8 Т19.9 + 2 (М)**

**КСГ st02.009**

### **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 |
| A16.20.071 | Вакуум-экстракция плода |
| A16.20.071.001 | Экстракция плода за тазовый конец |
| A16.20.073 | Ручное пособие при тазовом предлежании плода (по Цовьянову) |
| A16.20.073.001 | Поворот плода за ножку |
| A16.20.073.002 | Классическое ручное пособие при тазовом предлежании плода |
| A16.20.076 | Наложение гемостатических компрессионных швов (B-lunch) |
| A16.20.076.001 | Наложение клемм по Бакшееву |
| A16.20.076.002 | Наложение клемм по Генкелю-Тиканадзе |
| A16.20.077 | Установка внутриматочного баллона |
| A16.20.073.003 | Ручное отделение плаценты и выделение последа |

Такой подход в полной мере соответствует заранее заложенному   
в основу формирования КСГ принципу и ни в коей мере не означает,   
что проведение таких операций при родоразрешении или искусственном аборте не финансируется системой ОМС. Он означает, что их проведение ***уже учтено при расчете коэффициента относительной 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 (st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение» или st02.001 «Осложнения, связанные   
с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение» 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 процедуры 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 ЭКО возможно осуществление криоконсервации полученных на III этапе эмбрионов.   
При этом 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 ЭКО (полная расшифровка кодов ДКК представлена   
в справочнике «ДКК» в пункте 1.1.6 настоящего приложения).

В случае если базовая программа ЭКО была завершена 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 ЭКО c последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов («ivf5»), а также проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов 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 ЭКО   
c последующей криоконсервацией эмбрионов («ivf7»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.011 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 4)».

В случае, если женщина повторно проходит процедуру ЭКО   
с применением ранее криоконсервированных эмбрионов («ivf1»), случай госпитализации оплачивается по КСГ ds02.008 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)».

### **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 во Временных методических рекомендациях «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденных Министерством 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 хроническом вирусном гепатите С в дневном стационаре**

С 2020 года оплата случаев лекарственной терапии по поводу хронического вирусного гепатита С осуществляется в соответствии с режимом терапии – с применением пегилированных интерферонов или препаратов прямого противовирусного действия. Учитывая, что в настоящее время для лекарственной терапии применяются в том числе пангенотипные лекарственные препараты, при назначении которых не учитывается генотип вируса гепатита С, отнесение случая лечения к КСГ на основании генотипа нецелесообразно.

Отнесение к КСГ случаев лекарственной терапии хронического вирусного гепатита С осуществляется только по сочетанию кода диагноза по МКБ-10 и иного классификационного критерия «if» или «nif», отражающего применение лекарственных препаратов для противовирусной терапии. Детальное описание группировки указанных КСГ представлено в таблице.

| **КСГ** | **Код диагноза МКБ-10** | **Иной классифика-ционный критерий** | **Описание классификационного критерия** |
| --- | --- | --- | --- |
| ds12.010 «Лечение хронического вирусного гепатита C (уровень 1)» | B18.2 | if | Назначение лекарственных препаратов пегилированных интерферонов для лечения хронического вирусного гепатита С в интерферонсодержащем режиме в соответствии с анатомо-терапевтическо-химической классификацией (АТХ) |
| ds12.011 «Лечение хронического вирусного гепатита C (уровень 2)» | B18.2 | nif | Назначение лекарственных препаратов прямого противовирусного действия для лечения хронического вирусного гепатита С в безинтерфероновом режиме в соответствии с анатомо-терапевтическо-химической классификацией (АТХ) |

В целях кодирования случая лечения указание иного классификационного критерия «if» необходимо при проведении лекарственной терапии с применением препаратов пегилированных интерферонов за исключением препаратов прямого противовирусного действия. В то же время, к случаям лечения, требующим указания критерия «nif», относится применение любой схемы лекарственной терапии, содержащей препараты прямого противовирусного действия в соответствии   
с анатомо-терапевтическо-химической классификацией (АТХ), в том числе применение комбинации лекарственных препаратов прямого противовирусного действия и пегилированных интерферонов.

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

### **8. 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 «ep1», «ep2» или «ep3» соответственно, с учетом объема проведенных лечебно-диагностических мероприятий. Детальное описание группировки указанных КСГ представлено в таблице.

| **КСГ** | **Коды диагноза МКБ-10** | **Иной классифи-кационный критерий** | **Описание классификационного критерия** |
| --- | --- | --- | --- |
| st15.005 «Эпилепсия, судороги (уровень 1)» | G40, G40.0, G40.1, G40.2, 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 | нет | --- |
| 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 A25.24.001.002 «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 A25.24.001.002 «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) |
| ***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) | 3,12 |
| st15.016 | Инфаркт мозга (уровень 3) | 4,51 |

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 st25.004**

**(ds25.001)**

**Код Номенклатуры**

**КС:** А06.10.006, A06.10.008, A06.12.003 и другие

**ДС:** А06.10.006,

A06.10.006.002 и другие

**Диагноз**

I. и другие

**Больше 3 дней**

**Меньше 3 дней**

**(код 1)**

**Другая КСГ**

**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

### **11. Особенности формирования КСГ, классифицирующих случаи диагностики и лечения злокачественных новообразований**

**Лекарственная терапия злокачественных новообразований (КСГ st08.001-st08.003, st19.090-st19.102, st19.105-st19.121, ds08.001-ds08.003, ds19.063-ds19.078, ds19.080-ds19.096)**

Отнесение случаев к группам st19.105-st19.121 и ds19.080-ds19.096, 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 A25.30.033 «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 «Схемы лекарственной терапии».**

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

*Пример 1: схема sh0024 – Винорелбин 25-30 мг/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/м2 (нагрузочная доза 400 мг/м2) в 1-й день; цикл 7 дней) – подразумевает нагрузочную дозу цетуксимаба 400 мг/м2.*

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

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

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

Учитывая значительную дифференциацию схем лекарственной терапии внутри КСГ st19.119-st19.121 и ds19.094-ds19.096, а также возможное относительно небольшое количество случаев лечения с применением определенных схем лекарственной терапии в субъектах Российской Федерации, может наблюдаться существенное отклонение фактических затрат от стоимости КСГ с учетом установленного на федеральном уровне коэффициента относительной затратоемкости. В указанных случаях возможно нарушение принципа «бюджетной нейтральности» в случае выделения подгрупп в рамках указанных КСГ. Однако необходимо обеспечить сохранение принципа «бюджетной нейтральности» для системы КСГ в целом.

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 «С», 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.

С 2021 года изменились принципы оплаты случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей (КСГ st19.090-st19.102 и ds19.063-ds19.078).

Отнесение к указанным КСГ 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-gemop14, gemop16-gemop18, gemop20-gemop26). Для случаев применения иных лекарственных препаратов, относящихся к ATX 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-gemop14, gemop16-gemop18, gemop20-gemop26) 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 (С. и 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 (С., D00-D09) 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 (уровень 1) |
| st19.017 | Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (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) |
| 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**

В модели КСГ с 2021 года 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 C., 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 C., иного классификационного критерия «olt», отражающего состояние после перенесенной лучевой терапии, а также следующих кодов Номенклатуры:

A16.30.022 Эвисцерация малого таза;

A16.30.022.001 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 «B». 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»**

Отнесение к КСГ ds19.029 осуществляется по коду МКБ-10 (С., D00-D09) в сочетании со следующими кодами Номенклатуры:

- A07.23.008.001 «Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией головного мозга с введением контрастного вещества»;

- A07.30.043 «Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с туморотропными РФП»;

- A07.30.043.001 «Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с туморотропными РФП с контрастированием».

**КСГ ds19.033 «Госпитализация в диагностических целях   
с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и (или) иммуногистохимического исследования»**

С 2020 года диагностика злокачественных новообразований методами молекулярно-генетических и иммуногистохимических исследований при проведении в условиях дневного стационара оплачивается по отдельной КСГ. Отнесение к КСГ ds19.033 осуществляется в соответствии с иным классификационным критерием «mgi», применяемым для кодирования случаев госпитализации с обязательным выполнением биопсии при подозрении на злокачественное новообразование и проведением диагностических молекулярно-генетических и/или иммуногистохимических исследований.

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 A16.26.046.001 «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 A16.26.046.002 «Эксимерлазерная фоторефракционная кератэктомия» и A16.26.047 «Кератомилез» – при коррекции астигматизма или иррегулярности роговицы, возникших вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности их компенсации с помощью очковой или контактной коррекции. Аналогичные принципы применяются для медицинской услуги 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.

### **13. Особенности формирования КСГ st29.007 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)»**

С 2021 года 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** |
| Т1 | 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 |
| Т2 | 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 |
| Т3 | 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 |
| Т4 | 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 |
| Т5 | 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 |
| Т6 | 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 |
| Т7 | 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:**

**Критерии группировки**

**Алгоритм группировки**

**Итог группировки**

**Код диагноза**

**Доп. диагнозы**

**Т1-Т6**

**Т1-Т6**

**Т7**

**J94.2, J94.8, J94.9, J93, J93.0, J93.1, J93.8, J93.9, J96.0, N17, Т79.4, R57.1, R57.8**

**КСГ st29.007**

**Код «plt»**

**+**

**+**

В этом алгоритме Т1-Т7 – коды анатомической области. Комбинация кодов, определяющих политравму (Т1-Т6), 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** | **Дополни-тельные коды МКБ-10** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| st33.001 | Отморожения (уровень 1) | Лечение пострадавших с поверхностными отморожениями | Т33.0 - Т33.9, T35.0 |  |
| st33.002 | Отморожения (уровень 2) | Лечение пострадавших с отморожением, некрозом ткани | T34, Т34.0 - Т34.9, T35.1-T35.7 |  |
| 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 | Т31.0, Т32.0 |
| 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 | Т31.1-Т31.9, Т32.1-Т32.7 |
| 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 | Т31.0, Т32.0 |
| 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 | Т31.1, Т31.2, Т32.1, Т32.2 |
| Термические и химические ожоги внутренних органов | T27.0, T27.1, T27.2, T27.3 T27.4, T27.5, T27.6, T27.7 |  |
| 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 | Т31.3, Т31.4, Т31.5, Т31.6, Т31.7, Т31.8, Т31.9, Т32.3, Т32.4, Т32.5, Т32.6, Т32.7, Т32.8, Т32.9 |

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. Особенности формирования КСГ st36.017-st36.019 и ds36.008-ds36.010 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов» (уровни 1-3)**

Отнесение к данным КСГ производится по комбинации кода возраста «5» (от 0 дней до 18 лет) или «6» (старше 18 лет) и иного классификационного критерия из диапазона «gibp01»-«gibp31», соответствующего МНН лекарственного препарата и числу введений в соответствии со справочником «МНН ЛП» файла «Расшифровка групп».

При этом периодичность подачи счетов на оплату случаев госпитализации при лечении одного пациента по КСГ st36.017-st36.019 и ds36.008-ds36.010определяется 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 оплата   
в данном случае осуществляется по КСГ, определенной по коду основного заболевания.

В случае лечения пациента лекарственными препаратами   
в таблетированной форме в стационарных условиях оплата случая осуществляется по КСГ, определенной по коду основного заболевания.

### **16. Особенности формирования КСГ st36.016 и ds36.007 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции»**

В случае иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции для отнесения к КСГ st36.016 и ds36.007 случай следует кодировать по коду МКБ-10 Z25.8 «Необходимость иммунизации против другой уточненной одной вирусной болезни», коду возраста «4» (от 0 дней   
до 2 лет) и коду иного классификационного критерия «irs», соответствующего введению паливизумаба в рамках проведения иммунизации против РСВ инфекции.

Указанная КСГ может применяться как самостоятельно, в случае когда иммунизация против РСВ является основным поводом к госпитализации, так и в сочетании с КСГ для случаев госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся в том числе показанием к иммунизации.

### **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   
с 2020 года осуществляется по двум КСГ – по сочетанию КСГ для оплаты лечения основного заболевания, являющегося поводом для госпитализации,   
и одной из вышеуказанных 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** | **Баллыa** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **0 балл** | **1 балл** | **2 балла** | **3 балла** | **4 балла** |
| Дыхание | PaO2/FiO2b,  мм рт.ст. | ≥400 | 300-399 | 200-299 | 100-199 с респираторной поддержкой | <100 с респираторной поддержкой |
| или SpO2/FiO2c | ≥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,  103/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,  Баллыf | 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 – PaO2 измеряется в миллиметрах ртутного столба.

с – в расчете используется значение SpO2 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 слова | Продолжающийся плач и крик | Продолжающийся неадекватный плач или крик | 3 |
| 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 st36.013-st36.015 для случаев проведения антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами**

Отнесение к КСГ st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровни 1-3)» осуществляется по коду иного классификационного критерия из диапазона «amt01»-«amt15», соответствующего коду схемы лекарственной терапии   
в соответствии со справочником «ДКК» файла «Расшифровка групп».

Иные классификационные критерии для данных КСГ включают МНН дорогостоящего лекарственного препарата, назначение которого является критерием отнесения к группе, возможность назначения в составе схем любых других антимикробных и антимикотических лекарственных препаратов,   
а также обязательность наличия результатов микробиологического исследования, подтверждающего наличие инфекции, вызванной полирезистентными микроорганизмами.

Оплата случая лечения по указанным КСГ во всех случаях осуществляется в сочетании с КСГ, определенной по коду основного заболевания.

### **20. Особенности формирования реабилитационных КСГ**

Отнесение к КСГ st37.001-st37.018 и ds37.001-ds37.012, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел В) вне зависимости от диагноза. При этом для отнесения случая к КСГ st37.001–st37.013 и к КСГ   
ds37.001–ds37.008 также применяется классификационный критерий – оценка состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), установленной Порядком медицинской реабилитации взрослых:

|  |  |
| --- | --- |
| **Код** | **Расшифровка классификационного критерия** |
| b2 | 2 балла по шкале реабилитационной маршрутизации, |
| rb3 | 3 балла по шкале реабилитационной маршрутизации, |
| rb4 | 4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации, |
| rb5 | 5 балла по шкале реабилитационной маршрутизации, |
| rb6 | 6 балла по шкале реабилитационной маршрутизации, |

Например, для отнесения к КСГ st37.002 «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (4 балла по ШРМ)» необходимо наличие кода классификационного критерия «rb4» и должны быть использованы следующие медицинские услуги:

1. B05.024.003 «Услуги по реабилитации пациента, перенесшего черепно-мозговую травму»;

2. B05.024.002 «Услуги по реабилитации пациента, перенесшего нейрохирургическую операцию»;

3. B05.024.001 «Услуги по реабилитации пациента с переломом позвоночника»;

4. B05.023.001 «Услуги по реабилитации пациента, перенесшего острое нарушение мозгового кровообращения».

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.

Также с 2022 года для КСГ для случаев медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (st37.001–st37.003 и ds37.001–ds37.002) предусмотрена возможность кодирования применения ботулинического токсина в сочетании с оценкой по ШРМ (3–5 в стационарных условиях и 2–3 в условиях дневного стационара) из диапазона кодов   
«rbb2»–«rbb5», где:

- «rbb2» – 2 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина;

- «rbb3» – 3 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина;

- «rbb4» – 4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина;

- «rbb5» – 5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина.

С 2021 года в модели КСГ предусмотрены группы «Медицинская реабилитация после онкоортопедических операций» (st37.019 и ds37.013) и «Медицинская реабилитация по поводу постмастэктомического синдрома   
в онкологии» (st37.020 и ds37.014), которые формируются   
по соответствующему коду МКБ–10 в сочетании с медицинской услугой B05.027.001 «Услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего операцию по поводу онкологического заболевания».

Кроме того, с 2021 годы предусмотрены КСГ для случаев медицинской реабилитации пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19). Формирование этих групп осуществляется по коду иного классификационного критерия «rb2cov» – «rb5cov», отражающего признак перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), а также оценку по ШРМ (2–5 баллов соответственно). Перечень кодов «rb2cov» – «rb5cov»   
с расшифровкой содержится на вкладке «ДКК» файла «Расшифровка групп».

**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 (A18.05.002 «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.

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.

*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.

СКЗ рассчитывается по формуле:

,

где:

КЗi  – весовой коэффициент затратоемкости подгрупы i;

КСi – количество случаев, пролеченных по подгруппе i;

КС – количество случаев в целом по группе.

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:

,

где:

КЗN  коэффициент затратоемкости подгруппы N;

ССN 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:

,

где:

– коэффициент затратоемкости оставшейся (последней) подгруппы;

КЗ – коэффициент затратоемкости основной группы;

КС – количество случаев, планируемых по группе в целом;

– коэффициент затратоемкости подгруппы 1;

– количество случаев, планируемых по подгруппе 1;

– коэффициент затратоемкости подгруппы m-1;

– количество случаев, планируемых по подгруппе m-1;

– 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 БАЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ   
ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ

| **№** | **Наименование показателя** | **Предположи-**  **тельный результат** | **Индикаторы выполнения показателя \*\*\*** | **Макс. балл\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Блок 1. Взрослое население (в возрасте 18 лет и старше)** | | | | **25** |
| **Оценка эффективности профилактических мероприятий** | | | | |
| 1 | Доля врачебных посещений  с профилактической целью  за период, от общего числа посещений за период (включая посещения на дому). | Прирост показателя  за период по отношению к показателю за предыдущий период | Прирост < 3 % - 0 баллов;  Прирост ≥ 3 % - 0,5 балла;  Прирост ≥ 7 % - 1 балл;  Значение показателя в текущем периоде выше среднего значения по субъекту Российской Федерации\*\*\*\* в текущем периоде (далее – выше среднего) - 0,5 балла;  В текущем периоде достигнуто максимально возможное значение показателя (далее – максимально возможное значение) - 1 балл | 1 |
| 2 | Доля взрослых пациентов  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. | Прирост показателя  за период по отношению к показателю за предыдущий период | Прирост < 5 % -  0 баллов;  Прирост ≥ 5 % -  1 балл;  Прирост ≥ 10 % -  2 балла;  Выше среднего - 1 балл;  Максимально возможное значение - 2 балла | 2 |
| 3 | Доля взрослых пациентов  с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации  за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые  в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период. | Прирост показателя  за период по отношению к показателю за предыдущий период | Прирост < 5 % -  0 баллов;  Прирост ≥ 5 % -  0,5 балла;  Прирост ≥ 10 % -  1 балл;  Выше среднего - 0,5 балла;  Максимально возможное значение - 1 балл | 1 |
| 4 | Доля взрослых пациентов  с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным 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. | Прирост показателя  за период  по отношению  к показателю  за предыдущий период | Прирост < 5 % -  0 баллов;  Прирост ≥ 5 % -  0,5 балла;  Прирост ≥ 10 % -  1 балл;  Выше среднего - 0,5 балла;  Максимально возможное значение - 1 балл | 1 |
| 5 | Доля взрослых пациентов  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 диагнозом сахарный диабет за период. | Прирост показателя  за период  по отношению  к показателю  за предыдущий период | Прирост < 5 % -  0 баллов;  Прирост ≥ 5 % -  0,5 балла;  Прирост ≥ 10 % -  1 балл;  Выше среднего - 0,5 балла;  Максимально возможное значение - 1 балл | 1 |
| 6 | Выполнение плана вакцинации взрослых граждан против новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  по эпидемиологическим показаниям за период). | Достижение планового показателя | 100 % плана или более - 2 балла;  Выше среднего - 1 балл | 2 |
| **Оценка эффективности диспансерного наблюдения** | | | | |
| 7 | Доля взрослых пациентов  с болезнями системы кровообращения\*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением,  от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения\*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период. | Прирост показателя  за период  по отношению  к показателю  за предыдущий период | Прирост < 3 % -  0 баллов;  Прирост ≥ 3 % -  1 балл;  Прирост ≥ 7 % -  2 балла;  Выше среднего - 1 балл;  Максимально возможное значение - 2 балла | 2 |
| 8 | Число взрослых пациентов  с болезнями системы кровообращения\*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь  в неотложной форме и (или) скорая медицинская помощь, от общего числа взрослых пациентов  с болезнями системы кровообращения\*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период. | Уменьшение показателя за период  по отношению  к показателю  в предыдущем периоде | Уменьшение < 5 % - 0 баллов;  Уменьшение ≥ 5 % - 0,5 балла;  Уменьшение  ≥ 10 % - 1 балл;  Значение показателя в текущем периоде ниже среднего значения по субъекту Российской Федерации\*\*\*\* в текущем периоде (далее – ниже среднего) - 0,5 балла;  В текущем периоде достигнуто минимально возможное значение показателя (далее – минимально возможное значение) - 1 балл | 1 |
| 9 | Доля взрослых пациентов  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. | Достижение планового показателя | 100% плана или более - 1 балл;  Выше среднего - 0,5 балла | 1 |
| 10 | Доля взрослых пациентов  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. | Достижение планового показателя | 100% плана или более - 1 балл;  Выше среднего - 0,5 балла | 1 |
| 11 | Доля взрослых пациентов  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. | Достижение планового показателя | 100% плана или более - 2 балла;  Выше среднего - 1 балл | 2 |
| 12 | Доля взрослых пациентов, 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 | Уменьшение < 5 % - 0 баллов;  Уменьшение ≥ 5 % - 0,5 балла;  Уменьшение  ≥ 10 % - 1 балл;  Ниже среднего - 0,5 балла;  Минимально возможное значение - 1 балл | 1 |
| 13 | Доля взрослых пациентов, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года  с момента предыдущей госпитализации, от общего числа взрослых пациентов, госпитализированных за период  по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или  их осложнений. | Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде | Уменьшение < 3 % - 0 баллов;  Уменьшение ≥ 3 % - 1 балл;  Уменьшение  ≥ 7 % - 2 балла;  Ниже среднего - 1 балл;  Минимально возможное значение - 2 балла | 2 |
| 14 | Доля взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения  за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа), от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением  по поводу сахарного диабета  за период. | Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде | Уменьшение < 5 % - 0 баллов;  Уменьшение ≥ 5 % - 0,5 балла;  Уменьшение  ≥ 10 % - 1 балл;  Ниже среднего - 0,5 балла;  Минимально возможное значение - 1 балл | 1 |
| **Оценка смертности** | | | | |
| 15 | Смертность прикрепленного населения в возрасте от 30 до 69 лет за период. | Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде (среднее значение коэффициента смертности за 2019, 2020, 2021 годы) | Увеличение показателя смертности – 0 баллов;  Без динамики или уменьшение  < 2% – 0,5 баллов;  Уменьшение  от 2 до 5% - 1 балл;  Уменьшение от 5 до 10% - 2 балла;  Уменьшение  ≥ 10 % - 3 балла;  Ниже среднего - 0,5 баллов;  Минимально возможное значение - 3 балла | 3 |
| 16 | Число умерших за период, находящихся под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением. | Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде | Уменьшение < 3 % - 0 баллов;  Уменьшение ≥ 3 % - 1,5 балла; Уменьшение  ≥ 7 % - 3 балла;  Ниже среднего - 1,5 балла;  Минимально возможное значение - 3 балла | 3 |
| **Блок 2. Детское население (от 0 до 17 лет включительно)** | | | | **10** |
| **Оценка эффективности профилактических мероприятий** | | | | |
| 17 | Охват вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок. | Достижение планового показателя | 100% плана  или более - 1 балл;  Выше среднего - 0,5 балла | 1 |
| 18 | Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-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. | Достижение планового показателя | 100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению - 1 балл;  Выше среднего - 0,5 балла | 1 |
| 19 | 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. | Достижение планового показателя | 100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению - 1 балл;  Выше среднего - 0,5 балла | 1 |
| 20 | 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. | Достижение планового показателя | 100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению - 1 балл;  Выше среднего - 0,5 балла | 1 |
| 21 | 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. | Достижение планового показателя | 100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению - 2 балла;  Выше среднего – 1 балл | 2 |
| 22 | 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. | Достижение планового показателя | 100 % от числа подлежащих диспансерному наблюдению - 1 балл;  Выше среднего - 0,5 балла | 1 |
| **Оценка смертности** | | | | |
| 23 | Смертность детей в возрасте 0 – 17 лет за период. | Уменьшение показателя за период  по отношению  к показателю  в предыдущем периоде | Увеличение показателя смертности – 0 баллов;  Без динамики или уменьшение до 2% – 0,5 баллов;  Уменьшение от 2 до 5% - 1 балл;  Уменьшение от 5 до 10% - 2 балла;  Уменьшение  ≥ 10 % - 3 балла;  Ниже среднего - 0,5 балла;  Минимально возможное значение - 3 балла | 3 |
| **Блок 3. Оказание акушерско-гинекологической помощи** | | | | **6** |
| **Оценка эффективности профилактических мероприятий** | | | | |
| 24 | Доля женщин, отказавшихся  от искусственного прерывания беременности, от числа женщин, прошедших доабортное консультирование за период. | Прирост показателя  за период  по отношению  к показателю  за предыдущий период | Прирост < 5 % - 0 баллов;  Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла;  Прирост ≥ 10 % - 1 балл;  Выше среднего - 0,5 балла;  Максимально возможное значение - 1 балл | 1 |
| 25 | Доля беременных женщин, вакцинированных против новой коронавирусной инфекции  (COVID-19), за период, от числа женщин, состоящих на учете  по беременности и родам на начало периода. | Достижение планового показателя | 100% плана или более - 1 балл;  Выше среднего - 0,5 балла | 1 |
| 26 | Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки  за период. | Прирост показателя  за период  по отношению  к показателю  за предыдущий период | Прирост < 5 % - 0 баллов;  Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла;  Прирост ≥ 10 % - 1 балл;  Выше среднего - 0,5 балла;  Максимально возможное значение - 1 балл | 1 |
| 27 | Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период. | Прирост показателя  за период  по отношению  к показателю  за предыдущий период | Прирост < 5 % - 0 баллов;  Прирост ≥ 5 % - 0,5 балла;  Прирост ≥ 10 % - 1 балл;  Выше среднего - 0,5 балла;  Максимально возможное значение - 1 балл | 1 |
| 28 | Доля беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода за период, от общего числа женщин, состоявших на учете  по поводу беременности и родов  за период. | Достижение планового показателя | 100 % плана  или более - 2 балла;  Выше среднего - 1 балл | 2 |

\* по набору кодов Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10)

\*\* по решению Комиссии рекомендуемые значения максимальных баллов и их количество могут быть пересмотрены для учреждений, которые оказывают помощь женщинам и детскому населению (отдельные юридические лица).

\*\*\* выполненным считается показатель со значением 0,5 и более баллов. В случае, если медицинская организация удовлетворяет нескольким критериям для начисления баллов – присваивается максимальный из возможных для начисления балл. В случае, если значение, указанное в знаменателе соответствующих формул, приведенных в Приложении 12, 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.

\*\*\*\* среднее значение по субъекту Российской Федерации по показателям (в том числе   
по показателям смертности) 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 Приложении 12, на сумму значений, указанных в знаменателе соответствующих формул, приведенных в Приложении 12. Для показателя 15 полученное значение умножается на 1000, для показателя 23 – на 100000, для иных показателей – на 100. При расчете показателя 15 оценивается среднее значение коэффициента смертности за 2019, 2020, 2021 годы.

Минимально возможным значением показателя является значение «0». Максимально возможным значением показателя «100 процентов».

К группам диагнозов, обусловливающих высокий риск смерти, целесообразно относить любое сочетание сопутствующих заболеваний и осложнений с основным диагнозом, указанных в таблице:

| **Основной диагноз** | **Сопутствующие заболевания** | **Осложнение заболевания** |
| --- | --- | --- |
| Ишемические болезни сердца I20-I25  Гипертензивные болезни  I10-I11; I12-I13  Цереброваскулярные болезни I60-I69 | Сахарный диабет  E10-E11  Хроническая обструктивная легочная болезнь J44.0-J44.9  Хроническая болезнь почек, гипертензивная болезнь с поражением почек N18.1-N18.9 | Недостаточность сердечная I50.0-I50.9  Нарушение ритма I48-49  Нарушения проводимости I44-I45  Сердце легочное хроническое I27.9  Гипостатическая пневмония J18.2  Недостаточность почечная N18.9  Уремия N19  Гангрена R02  Недостаточность легочная J98.4  Эмфизема J43.9 |

Приложение 12

рекомендуемый порядок расчета значений показателей результативности   
деятельности медицинских организаций

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование показателя** | **Формула расчета\*\*** | **Единицы измерения** | | | **Источник** |
| **Взрослое население (в возрасте 18 лет и старше)** | | | | | | |
| **Оценка эффективности профилактических мероприятий** | | | | | | |
| 1. | Доля врачебных посещений с профилактической целью за период, от общего числа посещений за период (включая посещения на дому). | где:  Dprof – доля врачебных посещений с профилактической целью за период, от общего числа посещений за период (включая посещения на дому), выраженное в процентах;  Pprof – число врачебных посещений с профилактической целью за период;  Pvs – посещений за период (включая посещения на дому);  Оz – общее число обращений за отчетный период;  k – коэффициент перевода обращений в посещения. | Процент | Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам за исключением посещений стоматологического профиля.  Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:  -дата окончания лечения;  -цель посещения. | | |
| 2. | Доля взрослых пациентов 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. | где:  Dбск – доля взрослых пациентов 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;  BSKдисп – число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период;  BSKвп – общее число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения с впервые в жизни установленным диагнозом за период. | Процент | Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.  Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:  -дата окончания лечения;  -диагноз основной;  -впервые выявлено (основной);  -характер заболевания  -цель посещения;  -дата рождения. | | |
| 3. | Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период. | где:  Dзно – доля взрослых пациентов с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период;  ZNOдисп – число взрослых пациентов с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период;  ZNOвп – общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период. | Процент | Расчет показателя 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».  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. | | |
| 4. | Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным 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. | где:  Dхобл – доля взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным 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;  Hдисп – число взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период;  Hвп – общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период. | Процент | Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.  Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:  -дата окончания лечения;  -диагноз основной;  -впервые выявлено (основной);  -характер заболевания;  -цель посещения;  -дата рождения. | | |
| 5. | Доля взрослых пациентов 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 диагнозом сахарный диабет за период. | где:  Dсд – доля взрослых пациентов 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 диагнозом сахарный диабет за период;  SDдисп – число взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период;  SDвп – общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период. | Процент | Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.  Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:  -дата окончания лечения;  -диагноз основной;  -впервые выявлено (основной);  -характер заболевания;  -цель посещения;  -дата рождения. | | |
| 6. | Выполнение плана вакцинации взрослых граждан по эпидемиологическим показаниям за период (коронавирусная инфекция COVID-19). | где:  Vvэпид – процент выполнения плана вакцинации взрослых граждан по эпидемиологическим показаниям за период (коронавирусная инфекция COVID-19);  Fvэпид – фактическое число взрослых граждан, вакцинированных от коронавирусной инфекции COVID-19 в отчетном периоде;  Pvэпид – число граждан, подлежащих. вакцинации по эпидемиологическим показаниям за период (коронавирусная инфекция COVID-19) | Процент | | Источником информации являются сведения органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, соотносимые с данными федерального регистра вакцинированных. | |
| **Оценка эффективности диспансерного наблюдения** | | | | | | |
| 7. | Доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения\*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения\*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период. | где:  DNриск – доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения\*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения\*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период;  Rдн – число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения\*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением;  Rвп – общее числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения\*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, обратившихся за медицинской помошью за период. | На 100 пациентов | Расчет показателя 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. | | |
| 8. | Число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения\*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в неотложной форме и (или) скорая медицинская помощь, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения\*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период. | где:  Sриск– число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения\*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в неотложной форме и (или) скорая медицинская помощь, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения\*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период;  Vриск – число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения\*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в неотложной форме и (или) скорая медицинская помощь по поводу болезней системы кровообращения\*, приводящих к высокому риску преждевременной смертности;  Dриск– общее число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения\*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, обратившихся за медицинской помощью за период. | На 100 пациентов | Расчет показателя осуществляется путем отбора информации по полям реестра в формате Д1 «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи, 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;  - условия оказания медицинской помощи;  - форма оказания медицинской помощи. | | |
| 9. | Доля взрослых пациентов 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. | где:  DNбск – доля взрослых пациентов 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;  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. | Процент | Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.  Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:  -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.15 Приказ 108н МЗ РФ) | | |
| 10. | Доля взрослых пациентов 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. | где:  DNхобл – доля взрослых пациентов 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;  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. | Процент | Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.  Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:  -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.15 Приказ 108н МЗ РФ) | | |
| 11. | Доля взрослых пациентов 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. | где:  DNсд – доля взрослых пациентов 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;  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. | Процент | Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.  Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:  -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.15 Приказ 108н МЗ РФ) | | |
| 12. | Доля взрослых пациентов, 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. | где:  Hвсего – доля взрослых пациентов, 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;  Oвсего – число взрослых пациентов, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением;  Dnвсего – 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.15 Приказ 108н МЗ РФ)  Источником информации являются реестры (стационар), оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.  Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:  -дата окончания лечения;  -диагноз основной;  -диагноз сопутствующий;  -диагноз осложнений  -характер заболевания;  - форма оказания медицинской помощи. | | |
| 13. | Доля взрослых пациентов, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации, от общего числа взрослых пациентов, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений. | где:  Pбск – доля взрослых пациентов, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации, от общего числа взрослых пациентов, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений;  PHбск – число взрослых пациентов, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации;  Hбск – общее число взрослых пациентов, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений. | Процент | Источником информации являются реестры (стационар), оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.  Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:  -дата начала лечения;  -диагноз основной;  -диагноз сопутствующий;  -диагноз осложнений  -характер заболевания;  - форма оказания медицинской помощи | | |
| 14. | Доля взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа), от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период. | где:  SD– доля взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа), от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период;  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. | Процент | Источником информации является информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерным наблюдением (гл.15 Приказ 108н МЗ РФ)  Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.  Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:  -дата окончания лечения;  -диагноз основной;  -диагноз сопутствующий  -впервые выявлено (основной);  -характер заболевания;  -цель посещения. | | |
| **Оценка смертности** | | | | | | |
| 15. | Смертность прикрепленного населения в возрасте от 30 до 69 лет за период. \*\*\* | где:  Dth 30-69 – смертность прикрепленного населения в возрасте от 30 до 69;  D 30-69 – число умерших в возрасте от 30 до 69 лет из числа прикрепленного населения за период (за исключением умерших от внешних причин смерти);  Nas 30-69 – численность прикрепленного населения в возрасте от 30 до 69 лет за период. | На 1000 прикрепленного населения | Источником информации является региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц (поля: дата рождения; дата смерти, прикрепление к медицинской организации) | | |
| 16. | Число умерших за период, находящихся под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением. | где:  L – число умерших за период, находящихся под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением  D – число умерших за период, находящихся под диспансерным наблюдением (за исключением умерших от внешних причин смерти);  DN – общее число взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период | На 100 пациентов | Источником информации является региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц (поля: ФИО, дата рождения; дата смерти, прикрепление к медицинской организации), номер полиса), информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерным наблюдением (гл.15 Приказ 108н МЗ РФ) | | |
| **Детское население (от 0 до 17 лет включительно)** | | | | | | |
| **Оценка эффективности профилактических мероприятий** | | | | | | |
| 17. | Охват вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок. | где:  Vdнац – процент охвата вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок в отчетном периоде;  Fdнац – фактическое число вакцинированных детей в рамках Национального календаря прививок в отчетном периоде;  Pdнац – число детей соответствующего возраста (согласно Национальномукалендарю 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. | Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-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. | где:  Ddkms - доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-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;  Cdkms - число детей, в отношении которых установлено диспансерное 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. | Процент | | Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.  Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:  -дата рождения;  -дата окончания лечения;  -диагноз основной;  -впервые выявлено (основной);  -характер заболевания;  -цель посещения. | |
| 19. | 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. | где:  Ddgl - 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;  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:  -дата рождения;  -дата окончания лечения;  -диагноз основной;  -впервые выявлено (основной);  -характер заболевания;  -цель посещения. | |
| 20. | 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. | где:  Dbop - 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;  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. | Процент | | Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.  Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:  -дата рождения;  -дата окончания лечения;  -диагноз основной;  -впервые выявлено (основной);  -характер заболевания;  -цель посещения. | |
| 21. | 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. | где:  Ddbsk - 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;  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. | Процент | | Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.  Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:  -дата рождения;  -дата окончания лечения;  -диагноз основной;  -впервые выявлено (основной);  -характер заболевания;  -цель посещения. | |
| 22. | 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. | где:  Ddbes - 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;  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. | Процент | | Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.  Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:  -дата рождения;  -дата окончания лечения;  -диагноз основной;  -впервые выявлено (основной);  -характер заболевания;  -цель посещения. | |
| **Оценка смертности** | | | | | | |
| 23. | Смертность детей в возрасте 0 - 17 лет за период. | где:  Dth 0-17 – смертность детей в возрасте 0-17 лет за период в медицинских организациях, имеющих прикрепленное население;  D 0-17 – число умерших детей в возрасте 0-17 лет включительно среди прикрепленного населения за период (за исключением умерших от внешних причин смерти);  Nas 0-17 – численность прикрепленного населения детей в возрасте 0-17 лет включительно за период. | На 100 тыс. прикреп-ленного детского населения | | Источником информации является региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц (поля: дата рождения; дата смерти, прикрепление к медицинской организации). | |
| **Оказание акушерско-гинекологической помощи** | | | | | | |
| **Оценка эффективности профилактических мероприятий** | | | | | | |
| 24. | Доля женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности, от числа женщин, прошедших доабортное консультирование за период. | где:  W– доля женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности, от числа женщин, прошедших доабортное консультирование за период;  Kотк – число женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности;  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. | | |
| 25. | Доля беременных женщин, вакцинированных от коронавирусной инфекции COVID-19, за период, от числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода. | где:  Vbcovid – доля беременных женщин, вакцинированных от коронавирусной инфекции COVID-19, за период, от числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода;  Fbcovid – фактическое число беременных женщин, вакцинированных от коронавирусной инфекции COVID-19, за период;  Pbcovid – число женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода. | Процент | Источником информации являются данные органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, предоставляемые на бумажных носителях (Pbcovid) и данные федерального регистра вакцинированных (Fbcovid). | | |
| 26. | Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период. | где:  Z шм – доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период;  A шм – число женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации;  V шм – общее число женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период. | Процент | Расчет показателя производится 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 сведениями при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования  - диагноз основной,  – характер основного заболевания | | |
| 27. | Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период. | где:  Z мж – доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период;  A мж –число женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации;  V мж – общее число женщин с 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 сведениями при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования  - диагноз основной,  - характер основного заболевания. | | |
| 28. | Доля беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода за период, от общего числа женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период. | где:  В– доля беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода за период, от общего числа женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период;  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 за период;  U– общее число женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период, с родоразрешением за период. | Процент | Источником информации являются данные органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, предоставляемые на бумажных носителях. | | |

\* по набору кодов Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10)

\*\* в условиях распространения новой коронавирусной инфекции (COVID–19) методика расчёта показателя может быть скорректирована на предмет исключения из расчёта периода, когда деятельность медицинской организации (в части соответствующего направления деятельности) была приостановлена приказом руководителя медицинской организации   
за отчётный и предыдущий год соответственно путём пересчёта к годовому значению

\*\*\* оценивается изменение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде (среднее значение коэффициента смертности за 2019, 2020, 2021 годы)

1. Закупке подлежат специализированные продукты лечебного и диетического питания, смеси белковые композитные сухие, выпускаемые по ГОСТ 33933-2016 «Продукты диетического лечебного и диетического профилактического питания. Смеси белковые композитные сухие. Общие технические условия», и витаминно-минеральные комплексы, выпускаемые по ГОСТ Р 57106-2016 «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». [↑](#footnote-ref-2)
2. https://minzdrav.gov.ru/documents/8048-perechen-redkih-orfannyh-zabolevaniy [↑](#footnote-ref-3)