

## ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

г. Владимир

«31» января 2023 г.

Министерство здравоохранения Владимирской области в лице министра А.А. Осипова, территориальный фонд обязательного медицинского страхования Владимирской области в лице первого заместителя директора О.Ю. Серковой, Владимирская областная организация профессионального союза работников здравоохранения РФ в лице председателя организации И.Б.Турышкиной, страховые медицинские организации, функционирующие в сфере ОМС Владимирской области, в лице директора филиала ООО «Капитал МС» во Владимирской области И.В. Князевой, Региональная общественная организация «Врачебная палата Владимирской области» в лице члена общественной организации Е.В. Овчинниковой, руководствуясь Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздрава России от 28.02.2019 №108н, заключили соглашение о нижеследующем:

### **I. Общие положения**

1.1. Тарифное соглашение разработано в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н, постановлением Правительства РФ от 29.12.2022 № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов», Постановлением администрации Владимирской области от 29.12.2022 № 951 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Владимирской области медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов», приказом Минздрава России от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения», приказом Минздрава России от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (приложение к совместному письму Минздрава России от 26.01.2023 № 31-2/И/2-1075 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования») (далее – Методические рекомендации) и иными нормативными

правовыми актами.

1.2. Предметом тарифного соглашения является установление способов оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования, применяемых во Владимирской области, размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи, порядка расчета тарифов на оплату медицинской помощи, размеров неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание медицинской помощи либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

1.3. Тарифное соглашение распространяет свое действие на всех участников обязательного медицинского страхования, реализующих территориальную программу обязательного медицинского страхования Владимирской области.

Тарифы по ОМС применяются для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в соответствии с территориальной программой ОМС застрахованным на территории Владимирской области, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями лицам, застрахованным на территориях иных субъектов Российской Федерации, по видам медицинской помощи, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

1.4. Для целей настоящего тарифного соглашения используются следующие основные понятия:

**территориальная программа обязательного медицинского страхования (территориальная программа ОМС)** – составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования;

**застрахованное лицо** – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

**медицинская помощь** – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

**медицинская услуга** – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

**медицинская организация** – организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы и индивидуальные предприниматели, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестры медицинских

организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования;

**страховая медицинская организация** – страховая организация, имеющая лицензию, выданную в установленном законодательством Российской Федерации порядке, и включенная в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

**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 затратноемкости 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 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов (далее - Территориальная программа государственных гарантий);

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

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

**поправочные коэффициенты** – устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов;

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

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

**коэффициент подуровня медицинской организации** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций одного уровня, обусловленный 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 клинико-статистической группы заболеваний** – группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний 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 клинико-статистической группе, с учетом правил выделения и применения подгрупп, установленных Методическими рекомендациями;

**оплата медицинской помощи за услугу** – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных Методическими рекомендациями;

**комплексное посещение** - законченный случай диспансеризации, профилактического медицинского осмотра и диспансерного наблюдения, проводимый в соответствии с порядком;

**посещение с профилактической и иными целями** – контакт пациента с врачом (средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием) с целью получения превентивных или иных профилактических мероприятий, в том числе: диспансеризация определенных групп населения, посещения Центров здоровья, профилактические медицинские осмотры в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, разовые посещения в связи с заболеванием, патронаж, диспансерное наблюдение граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а так же граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений), с

другими обстоятельствами (получение справок и иных медицинских документов), медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;

**качество медицинской помощи** – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата;

**медико-экономический контроль (МЭК)** – установление соответствия сведений об объемах и стоимости оказанной застрахованным лицам медицинской помощи на основании представленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров по обязательному медицинскому страхованию или договоров в рамках базовой программы, программам обязательного медицинского страхования, объемам предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи;

**медико-экономическая экспертиза (МЭЭ)** – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации;

**экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП)** – выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, степени достижения запланированного результата;

**высокотехнологичная медицинская помощь** – является частью специализированной медицинской помощи и включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

## **II. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые во Владимирской области**

**2.1. Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи (медицинская помощь в амбулаторных условиях), и их применение**

**2.1.1.** Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения, и предоставляется:

а) в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), имеющих прикрепившихся лиц (приложение № 1 к настоящему тарифному соглашению);

б) в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц (приложение № 2 к настоящему тарифному соглашению).

2.1.2 Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. И оказывается в плановой, неотложной формах и включает в себя:

а) первичную доврачебную медико-санитарную помощь, которая оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием;

б) первичную врачебную медико-санитарную помощь, которая оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами);

в) первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

2.1.3. Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, оказанной на территории Владимирской области:

а) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), на проведение 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, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством

здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

б) за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай), при оплате:

-медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

-медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

-медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

-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);

-профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;

- диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

-медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

А также за единицу объема при оплате медицинской помощи в следующих случаях:

– за посещение с целью оказания неотложной медицинской помощи;

- медицинской помощи по профилям «стоматология», «акушерство и гинекология»;

- медицинской помощи, оказанной в центрах здоровья;

-посещения по поводу заболевания с консультативной целью в консультативные поликлиники ГБУЗ ВО «Областная детская клиническая больница», ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница» и ГБУЗ ВО «Областной центр специализированных видов медицинской помощи», ГБУЗВО «Областной кожно-венерологический диспансер», ГБУЗ ВО «Областной перинатальный центр».

- при оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги перитонеального диализа в амбулаторных условиях, оплата осуществляется за услугу диализа, при этом учитывается лечение в течение одного месяца и выставляются на оплату отдельными реестрами счетов.

По нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации оплачивается медицинская помощь, оказываемой фельдшерскими и

фельдшерско-акушерскими пунктами, с учётом критериев соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению"(далее - приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N 543н).

Направление на диагностические исследования осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний и в соответствии с маршрутизацией, утвержденной приказом департамента здравоохранения администрации Владимирской области.

Особые случаи оплаты медицинской помощи, оказываемой при проведении компьютерной томографии и/или магнитно-резонансной томографии:

- при проведении компьютерной томографии и/или магнитно-резонансной томографии с внутривенным контрастированием нескольких областей одному пациенту в один и тот же день оплате подлежит одна услуга по тарифу «Компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография с контрастированием», а исследования остальных областей - с оплатой услуг по тарифу «Компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография без контрастирования»;

- в случае проведения компьютерной томографии и/или магнитно-резонансной томографии без контрастирования нескольких областей одному пациенту в один и тот же день оплате подлежит количество услуг, равное количеству исследуемых областей по тарифу «Компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография без контрастирования».

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу, при этом учитывается лечение в течение одного месяца как одно обращение и медицинские услуги по тарифу.

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 составляет 4,2 (за одну условную единицу трудоемкости (УЕТ) принимаются 10 минут).

При оплате амбулаторной стоматологической медицинской помощи по посещениям и обращениям рекомендуется учитывать условные единицы трудоемкости в соответствии с классификатором основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи (приложение № 3 к настоящему тарифному соглашению).

По отдельному тарифу оплачиваются услуги, оказываемые централизованными лабораториями пациентам, получающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и направляемым в данные лаборатории согласно маршрутизации, утвержденной приказом департамента здравоохранения администрации Владимирской области (за исключением услуг, оказываемых централизованными лабораториями пациентам, прикрепленным к данной медицинской организации).

Оплата и проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, осуществляемая вне подушевого норматива финансирования, а именно, за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) 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», от 10 августа 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15 февраля 2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», 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», от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми») и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

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 приказом Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

Случаи оказания медицинской помощи выставляются на оплату отдельными реестрами счетов в части:

-профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;

- диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;
- медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);
- услуг гемодиализа и перитонеального диализа в амбулаторных условиях;
- медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

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.

#### **2.1.4 Особенности оплаты медицинской помощи с применением телемедицинских технологий**

Подушевой норматив финансирования на прикрепивших лиц в медицинских организациях имеющих прикрепленное население, включает средства на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях (при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) законными представителями).

Оплата оказанной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий для медицинских организаций, не имеющих прикрепленное население, производится по отдельному тарифу в рамках межучрежденческих расчетов.

### **2.2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, и их применение**

2.2.1. Специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, оказывается в стационарных условиях врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию; предоставляется в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (приложение № 4 к настоящему тарифному соглашению).

Способы оплаты специализированной медицинской помощи в условиях стационара:

- а) за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

б) за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, 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, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

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

а. Диагноз (код по МКБ 10);

б. 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);

в. Схема лекарственной терапии;

г. Международное непатентованное наименование (далее - МНН) лекарственного препарата;

д. Возрастная категория пациента;

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

ж. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ 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;

к. 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.

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.

**2.2.3.** В случае проведения пациенту с хронической почечной недостаточностью в период его нахождения в стационаре заместительной почечной терапии методом гемодиализа оплата производится по КСГ для оплаты услуг диализа только в сочетании с основной КСГ.

**2.2.4.** Оплата **прерванных** случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара.

В соответствии с постановлением Правительства РФ от 29.12.2022 № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов к прерванным случаям (далее -Программа) 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;

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 2.2.4 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 ниже в таблице 2.1 настоящего документа;

9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и приложением «расшифровка клинико-статистических групп заболеваний для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях» (далее – Группировщик).

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 2.2.6 настоящего раздела рекомендаций, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2-4 пункта 2.2.4 данного раздела.

Таблицей 2.1 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.

При проведении пациенту хирургической операции и(или) проведении тромболитической терапии, являющейся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к КСГ, в случае если длительность лечения составила 3 дня и менее случай оплачивается в размере 80% от стоимости КСГ, кроме случаев оказания медицинской помощи, приведенных в таблице 2.1.

Таблица 2.1.

Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней  
включительно

№ КСГ	Наименование КСГ
st02.001	Осложнения, связанные с беременностью
st02.002	Беременность, закончившаяся абортным 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 пузырьном 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)*

№ КСГ	Наименование КСГ
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)

№ КСГ	Наименование КСГ
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 insitu 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*
st36.007	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)
st36.028	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)*

№ КСГ	Наименование КСГ
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)*

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

В случае проведения пациенту хирургической операции и(или) проведения тромболитической терапии, длительность госпитализации при прерванном случае лечения составила более 3-х дней, случай оплачивается в размере 90% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

Таблица 2. Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию

№ КСГ	Наименование КСГ
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)

№ КСГ	Наименование КСГ
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)

№ КСГ	Наименование КСГ
st19.014	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1)
st19.015	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2)
st19.016	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы (уровень 1)
st19.017	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы (уровень 2)
st19.018	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1)
st19.019	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2)
st19.020	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3)
st19.021	Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости
st19.022	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях
st19.023	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.024	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.025	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1)
st19.026	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2)
st19.123	Прочие операции при ЗНО (уровень 1)
st19.124	Прочие операции при ЗНО (уровень 2)
st19.038	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
st19.104	Эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
st20.007	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)
st20.008	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
st20.009	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)

№ КСГ	Наименование КСГ
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)

№ КСГ	Наименование КСГ
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

**Прерванные случаи оказания медицинской помощи**, при которых не проводилось хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия, и длительности лечения 3 дня и менее дней случай, оплачиваются в размере 30% от стоимости КСГ (при этом основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз).

**Прерванные случаи оказания медицинской помощи**, при которых не проводилось хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия, и длительности лечения более 3-х дней случай, оплачиваются в размере 70% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и

старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 7 и 9 пункта 2.2.4 данного раздела рекомендаций, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

### **2.2.5. 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 доза в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента).

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в «Группировщиках», 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 2.2.4 данного раздела.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.2.4 данного раздела) 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).

### **2.2.6 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 2.2.4 данного раздела;

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.

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

В случае если у пациента после оказания специализированной медицинской помощи определяются показания к получению медицинской помощи с применением метода лечения, включенного в Перечень видов ВМП, оплачиваемой из средств обязательного медицинского страхования, либо после оказания высокотехнологичной медицинской помощи определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные

случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. При этом предоперационный и послеоперационный период включается в законченный случай лечения как для специализированной, так и для высокотехнологичной медицинской помощи, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.

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

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ-10, модели пациента, вида и метода лечения аналогичным параметрам, установленным перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи (Приложение № 1 к Программе), содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее - Перечень ВМП).

Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню ВМП, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

### **2.2.8 Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»**

Лечение по профилю медицинская реабилитация в условиях круглосуточного стационара производится 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

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. При оценке 3 балла по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации.

При оценке 4-5-6 баллов по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

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

Медицинская реабилитация по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, длительностью менее предусмотренного соответствующим классификационным критерием значения является прерванным и оплачивается в соответствии с пунктом 2.2.4.

#### **2.2.9 Оплата случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология»**

В стоимость медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного (по соответствующему 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».

#### **2.2.10 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.

### **2.2.11 Особенности формирования КСГ для случаев лечения пациентов с 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 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 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 затратно-емкости 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.

**2.2.12. Особенности формирования КСГ st36.025, st36.026 и ds36.012, ds36.013 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции»**

Оплата медицинской помощи с проведением иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции дифференцирована на две КСГ уровень 1 и уровень 2 в зависимости от возраста ребенка.

МНН лекарственного препарата, и конкретизация возраста ребенка закодирована в ином классификационном критерии:

- irs1 «паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (дети до 2-х месяцев, включительно)»;

- irs2 «паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (дети старше 2-х месяцев)».

Для отнесения к КСГ st36.025, st36.026 и ds36.012, ds36.013 случай следует кодировать по коду МКБ-10 основного диагноза Z25.8 «Необходимость иммунизации против другой уточненной одной вирусной болезни», коду возраста «4» (от 0 дней до 2 лет) и коду иного классификационного критерия «irs1», соответствующего одному введению паливизумаба в рамках проведения иммунизации против РСВ инфекции для детей до 2-х месяцев (включительно) или «irs2», соответствующего одному введению паливизумаба в рамках проведения иммунизации против РСВ инфекции для детей старше 2-х месяцев.

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

Если иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции оплачивается в сочетании с другой КСГ, то случай следует кодировать с указанием диагноза Z25.8 «Необходимость иммунизации против другой уточненной одной вирусной болезни» в качестве дополнительного диагноза, кодом возраста «4» (от 0 дней до 2 лет) и коду иного классификационного критерия «irs1» или «irs2» и выставляется к оплате в

соответствии с требованиями, приведенными в таблице.

КСГ	Основной диагноз (Код МКБ-10)	Дополнительный диагноз (Код МКБ-10)	Возраст	Иной классификационный критерий	Описание классификационного критерия
st36.025 или ds36.012 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)»	Z25.8		4	irsl	Паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (дети до 2-х месяцев, включительно)
st36.025 или ds36.012 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)»		Z25.8	4	irsl	Паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной
КСГ	Основной диагноз (Код МКБ-10)	Дополнительный диагноз (Код МКБ-10)	Возраст	Иной классификационный критерий	Описание классификационного критерия
					инфекции (дети до 2-х месяцев, включительно)
st36.026 или ds36.013 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)»	Z25.8		4	irs2	Паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (дети старше 2-х месяцев)
st36.026 или ds36.013 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)»		Z25.8	4	irs2	Паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (дети старше 2-х месяцев)

### 2.3. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, и их применение

2.3.1. Медицинская помощь в условиях дневных стационаров предоставляется в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций) согласно приложению № 5 к настоящему тарифному соглашению).

Оплата первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в условиях дневных стационаров осуществляется:

а) за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за

услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

б) за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, 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, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, состояний, приведенных в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

**2.3.2.** Формирование КСГ осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями и 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, а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);
- c. Схема лекарственной терапии;
- d. МНН лекарственного препарата;
- e. Возрастная категория пациента;
- f. Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ 10);
- g. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (SequentialOrganFailureAssessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (PediatricSequentialOrganFailureAssessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации;

- 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 проведения экстракорпорального оплодотворения;
- m. Показания к применению лекарственного препарата;
- n. Объем послеоперационных грыж брюшной стенки;
- o. Степень тяжести заболевания.

### 2.3.3. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях дневных стационаров.

Таблицей 2.2 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.

При проведении пациенту хирургической операции и(или) проведении тромболитической терапии, являющейся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к КСГ, в случае если длительность лечения составила 3 дня и менее случай оплачивается в размере 80% от стоимости КСГ, кроме случаев оказания медицинской помощи, приведенных в таблице 2.2.

Таблица 2.2

Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно  
в условиях дневного стационара

№ КСГ	Наименование КСГ
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 пузырьном 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)*

№ КСГ	Наименование КСГ
ds19.028	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
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)

№ КСГ	Наименование КСГ
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*
ds36.007	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции
ds36.012	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)
ds36.013	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)
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

№ КСГ	Наименование КСГ
	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.

В случае проведения пациенту хирургической операции и(или) проведении тромболитической терапии, длительность госпитализации при прерванном случае лечения составила более 3-х дней случай оплачивается в размере 90% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию 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)

**Прерванные случаи оказания медицинской помощи**, при которых не проводилось хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия, и длительности лечения 3 дня и менее случай, оплачиваются в размере 30% от стоимости КСГ (при этом основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз).

**Прерванные случаи оказания медицинской помощи**, при которых не проводилось хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая

терапия, и длительности лечения более 3-х дней случай, оплачиваются в размере 70% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

#### **2.3.4. 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 доза в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента).

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в «Группировщиках», 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 2.2.4 данного раздела.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.2.4 данного раздела) в следующих случаях:

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

4. 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.

Случай, 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).

### **2.3.5. Порядок оплаты при переводе пациента из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями.**

При переводе пациента из одного отделения дневного стационара в другое отделение дневного стационара, а также при переводе из круглосуточного стационара на долечивание в дневной стационар дата окончания лечения в одном отделении не должна соответствовать дате начала лечения в другом отделении.

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 2.2.4 данного раздела;

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 I) 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.

### **2.3.6 Порядок оплаты медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация»**

Организация оказания специализированной медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» осуществляется в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций,

имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

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 балла по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 балла по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации.

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.

### **2.3.7. Особенности формирования КСГ для случаев проведения экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в дневном стационаре**

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.

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

1. Стимуляция суперовуляции;
2. Получение яйцеклетки;
3. Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;
4. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.
5. Дополнительно в процессе проведения процедуры цикла ЭКО возможно осуществление криоконсервации полученных на III этапе

эмбрионов.

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

Отнесение к КСГ случаев проведения ЭКО осуществляется на основании иных классификационных критериев «ivf1»-«ivf7», отражающих проведение различных этапов цикла ЭКО (полная расшифровка кодов ДКК представлена в справочнике «ДКК» в пункте 1.1.6 настоящего приложения).

В случае если базовый цикл ЭКО завершен по итогам I этапа (стимуляция суперовуляции) («ivf2»), I-II этапов (получение яйцеклетки) («ivf3»), I-III этапов (экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов («ivf4»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.009 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 2)».

В случае проведения первых трех этапов цикла ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов («ivf5»), а также проведения в рамках случая госпитализации четырех этапов цикла ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов («ivf6»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.010 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)».

В случае проведения в рамках одного случая всех этапов цикла ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов («ivf7»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.011 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 4)».

В случае проведения цикла ЭКО с применением криоконсервированных эмбрионов («ivf1»), случай госпитализации оплачивается по КСГ ds02.008 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)».

Средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для оказания медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении представляет собой усредненную стоимость случая ЭКО с учетом проведения у части пациентов неполных циклов и проведения в отдельных случаях полного цикла с криоконсервацией эмбрионов и не эквивалентен стоимости КСГ ds02.010 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)».

## **2.4 Способы оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, и их применение**

2.4.1 Скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная медицинская помощь, оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

2.4.2 Скорая медицинская помощь, оказанная вне медицинской организации, предоставляется медицинскими организациями (структурными

подразделениями медицинских организаций) согласно приложению № 6 к настоящему тарифному соглашению.

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):

-по подушевому нормативу финансирования;

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).

Оплата 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), осуществляется за вызов:

а) скорой медицинской помощи с применением медицинской технологии «тромболизис»;

б) скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, находящимся вне территории субъекта РФ, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования.

Случаи оказания медицинской помощи выставляются на оплату отдельными реестрами счетов. При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, в обязательном порядке включаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

## **2.5. Уровень медицинских организаций**

Уровень медицинских организаций государственной системы здравоохранения Владимирской области определяется Министерством здравоохранения Владимирской области.

Уровень федеральных медицинских организаций и медицинских организаций частной системы здравоохранения устанавливается Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

## **III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи**

Тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования». Структура тарифа на оплату медицинской помощи, установленная в соответствии с Федеральным законом

от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2022 N 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов», включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организацию питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

Расчет тарифов может осуществляться на единицу объема медицинской помощи: 1 посещение с профилактической целью, 1 комплексное посещение при оплате профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, 1 комплексное посещение при оплате I этапа углубленной диспансеризации взрослого населения, 1 комплексное посещение для проведения диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме, 1 обращение в связи с заболеванием, 1 вызов скорой медицинской помощи, на 1 УЕТ при оплате стоматологической помощи в амбулаторных условиях, на комплексное посещение при обращении по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», на 1 исследование второго этапа углубленной диспансеризации, на медицинскую услугу, 1 услугу диализа, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров (КСГ), на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц.

### **3.1. Размер тарифов на медицинскую помощь, оказываемую в**

### амбулаторных условиях

3.1.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, составляет 5 901,89 руб. и рассчитывается по формуле:

$$\Phi O_{CP}^{AMB} = \frac{OC_{AMB}}{Ч_3}, \text{ где:}$$

$OC_{AMB}$  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;

$Ч_3$  численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек.

Общий 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:

$$OC_{AMB} = (N_{O_{PMO}} \times N_{F_{PMO}} + N_{O_{ДИСП}} \times N_{F_{ДИСП}} + N_{O_{ИЦ}} \times N_{F_{ИЦ}} + N_{O_{OЗ}} \times N_{F_{OЗ}} + N_{O_{НЕОТЛ}} \times N_{F_{НЕОТЛ}} + N_{O_{МР}} \times N_{F_{МР}} + N_{O_{ДН}} \times N_{F_{ДН}}) \times Ч_3 - OC_{МТР},$$

где:

$N_{O_{PMO}}$  средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

$N_{O_{ДИСП}}$  средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

$N_{O_{ИЦ}}$  средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной

программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

- Но<sub>ОЗ</sub>            средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, обращений;
- Но<sub>НЕОТЛ</sub>        средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
- Но<sub>МР</sub>            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;
- Но<sub>ДН</sub>            средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
- Нфз<sub>ПМО</sub>        средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
- Нфз<sub>ДИСП</sub>        средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
- Нфз<sub>ИЦ</sub>            средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

- Нфз<sub>03</sub>            средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
- Нфз<sub>НЕОТЛ</sub>        средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
- Нфз<sub>МР</sub>            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;
- Нфз<sub>ДН</sub>            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;
- ОС<sub>МТР</sub>            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;

3.1.2. По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц осуществляется финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактической целью (в том числе с иными целями) и в связи с заболеваниями (разовые посещения в связи с заболеваниями, обращения по поводу заболевания) за исключением перечня видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования.

В перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования входят:

- отдельные диагностические (лабораторные) исследования, в том числе компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и

патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;

- тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- профилактические медицинские осмотры и диспансеризации, в том числе углубленная диспансеризация;

- средства на оплату комплексного посещения для проведения диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

- средства, направляемые на оплату посещений в неотложной форме;

- средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (приложение № к настоящему тарифному соглашению);

- медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

- медицинская помощь, оказанная в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

- медицинская помощь по профилям «стоматология», «акушерство и гинекология»;

- медицинская помощь, оказанная в центрах здоровья;

- посещения по поводу заболевания с консультативной целью;

- комплексные посещения по профилю «медицинская реабилитация»;

- отдельные медицинские услуги, в том числе диагностические и

услуги диализа.

3.1.3. Объем финансового обеспечения амбулаторной помощи, оплачиваемой по подушевому нормативу финансирования, определяется исходя из следующих параметров:

- а) фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (таблица 5 приложения № 7 к настоящему тарифному соглашению);

- б) численности прикрепленного застрахованного населения (пересматривается на 1 число каждого квартала).

При установлении фактического дифференцированного подушевого норматива для медицинских организаций применяются:

- а) базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (таблица 1 приложения № 7 к настоящему тарифному соглашению), который определяется по следующей формуле:

$$ПН_{БАЗ} = \left( \frac{ОС_{ПНФ}}{Ч_3} \right) \text{ где:}$$

$\text{ПН}_{\text{БАЗ}}$	базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей;
$\text{ОС}_{\text{ПНФ}}$	объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей;

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями ( $\text{ОС}_{\text{ПНФ}}$ ), 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:

$$\text{ОС}_{\text{ПНФ}} = \text{ОС}_{\text{АМБ}} - \text{ОС}_{\text{ФАП}} - \text{ОС}_{\text{ИССЛЕД}} - \text{ОС}_{\text{НЕОТЛ}} - \text{ОС}_{\text{ЕО}} - \text{ОС}_{\text{ПО}} - \text{ОС}_{\text{ДИСП}}$$

где:

$\text{ОС}_{\text{ФАП}}$  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;

$\text{ОС}_{\text{ИССЛЕД}}$  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;

$\text{ОС}_{\text{НЕОТЛ}}$  объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей (используется в случае принятия Комиссией решения

о финансировании медицинской помощи в неотложной форме вне подушевого норматива);

- ОС<sub>ЕО</sub>            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), рублей;
- ОС<sub>ПО</sub>            объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей
- ОС<sub>ДИСП</sub>        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

б) следующие коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования:

- 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 (КД<sub>ОТ</sub>); (отражены в таблице 3 приложения № 7 к настоящему тарифному соглашению);

- коэффициенты половозрастного состава (КД<sub>ПВ</sub>); (отражены в таблице 2 приложения № 7 к настоящему тарифному соглашению), рассчитанные на основе половозрастных коэффициентов разрезе половозрастных групп (отражены в таблице 1 приложения № 7 к настоящему тарифному соглашению);

- коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения во Владимирской области (КД<sub>ЗП</sub>) (отражены в таблице 4 приложения № 7 к настоящему тарифному соглашению);

- коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (КД<sub>УР</sub>) - для всех медицинских организаций, использующих подушевое финансирование амбулаторной помощи, принимаются равными 1.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта

Российской Федерации ( $ДП_H^i$ ), рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по следующей формуле:

$$ДП_H^i = ПН_{БАЗ} \times КД_{ПВ}^i \times КД_{ур}^i \times КД_{зп}^i \times КД_{от}^i$$

где:

$ДП_H^i$  дифференцированный подушевой норматив для  $i$ -той медицинской организации, рублей;

$КД_{ПВ}^i$  коэффициент половозрастного состава, для  $i$ -той медицинской организации;

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

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

$КД_{от}^i$  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;

в) в целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, к  $ОС_{ПНФ}$ ), рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{ОС_{ПНФ}}{\sum_i (ДП_H^i \times Ч_3^i)}$$

Поправочный коэффициент отражен в таблице 6 приложения № 7 к настоящему тарифному соглашению.

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования применяются фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи для

медицинской организации, имеющей прикрепленное население, которые рассчитываются по формуле:

$$\text{ФДПн}^i = \text{ДПн}^i \times \text{ПК},$$

где:

ФДПн<sup>i</sup> фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей.

Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющих прикрепившихся лиц, в случае достижения показателей результативности деятельности определен в приложении № 26.1. к настоящему тарифному соглашению.

Порядок расчета значения показателей результативности деятельности медицинских организаций определен в приложении № 26.2. к настоящему тарифному соглашению.

3.1.4. Для оплаты единицы объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, применяются тарифы:

а) на посещения с профилактической целью врачей-специалистов, на посещения в связи с оказанием неотложной медицинской помощи, на посещения к врачам-специалистам по поводу заболевания, на обращения к врачам-специалистам по поводу заболевания, на 1 УЕТ при оплате стоматологической помощи, на комплексные посещения при обращении по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» (приложение № 9 к настоящему тарифному соглашению).

б) на посещения по поводу заболевания с консультативной целью в консультативные поликлиники ГБУЗ ВО «Областная детская клиническая больница», ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница», ГБУЗ ВО "Областной центр специализированных видов медицинской помощи", ГБУЗ ВО "Областной кожно-венерологический диспансер" и ГБУЗ ВО "Областной перинатальный центр" (приложение № 10 к настоящему тарифному соглашению);

в) на посещения Центра здоровья с целью комплексного обследования и динамического наблюдения (приложение № 11 к настоящему тарифному соглашению);

г) на услугу с целью проведения сеанса амбулаторного диализа (приложение № 12 к настоящему тарифному соглашению);

д) на отдельные медицинские услуги, в том числе диагностические (приложение № 13 к настоящему тарифному соглашению);

е) на комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения, в том числе с использованием передвижных мобильных комплексов, на комплексное посещение для проведения первого этапа диспансеризации взрослого населения, в том числе

с использованием передвижных мобильных комплексов, на посещения (исследования) второго этапа диспансеризации с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), проведения углубленного профилактического консультирования, на комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (I этап), в том числе с использованием передвижных мобильных комплексов, на комплексное посещение для проведения первого этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в том числе с использованием передвижных мобильных комплексов, на комплексное посещение, исследование для проведения I и II этапов углубленной диспансеризации взрослого населения (приложение № 14 к настоящему тарифному соглашению);

ж) на комплексное посещение для проведения диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения (приложение № 15 к настоящему тарифному соглашению)

3.1.5. Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение 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» устанавливаются на уровне:

фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, – 1 174 200 рублей;

фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, – 1 860 300 рублей;

фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, – 2 088 900 рублей

Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов иных типов рассчитываются с применением поправочных коэффициентов, к размерам финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов и составляют:

- для фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих менее 100 жителей, к размеру финансового обеспечения фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей, применяется поправочный коэффициент равный 0,5, базовый норматив финансовых затрат составляет 587 100 рублей;

- для фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих более 2000 жителей, к размеру финансового обеспечения фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего 1500 до 2000 жителей, применяется поправочный

коэффициент равный 1, базовый норматив финансовых затрат составляет 2 088 900 рублей.

Перечень фельдшерско-акушерских пунктов, диапазон численности обслуживаемого населения, размер коэффициентов дифференциации и объем финансового обеспечения определены в приложении №8 к настоящему тарифному соглашению.

### **3.2. Размер тарифов медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара**

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования (за исключением размера средств, направляемых на оплату медицинской помощи за пределами субъекта РФ) составляет 6 054,12 рублей на одно застрахованное лицо.

Средний норматив финансовых затрат на 1 случай госпитализации в условиях круглосуточного стационара, установленный постановлением правительства Владимирской области от 29.12.2022 №951 составляет 40 207,43 рубля.

Значение коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в условиях круглосуточного стационара к базовой ставке 0,65.

Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка) в условиях круглосуточного стационара, включенного в КСГ, составляет 26 134,83 рубля.

Отнесение случаев лечения к соответствующей КСГ осуществляется в соответствии с правилами, установленными Методическими рекомендациями.

3.2.1. Стоимость одного случая госпитализации в условиях круглосуточного стационара ( $СС_{КСГ}$ ) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых установлены доли заработной платы и прочих расходов, порядок которых определен Методическими рекомендациями) определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + БС \times КСЛП,$$

где:

БС	базовая ставка, рублей;
$КЗ_{КСГ}$	коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;
$КС_{КСГ}$	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах в случае,

если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ);

- $KUC_{MO}$  коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
- $KCLP$  коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости – сумма применяемых  $KCLP$ ).

3.2.2. Коэффициенты относительной затратно-емкости, определенные 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 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», 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<sup>1</sup>, включенных в нормы лечебного питания, утвержденные приказом Министерства здравоохранения России от 21 июня 2013 № 395н «Об утверждении норм лечебного питания», в разрезе КСГ в условиях круглосуточного стационара приведены в приложении № 16 к настоящему тарифному соглашению.

3.2.3. Для определения стоимости законченного случая лечения к базовой ставке помимо коэффициента затратно-емкости применяют нижеприведенные коэффициенты:

3.2.3.1. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи (далее коэффициент специфики) – устанавливается для конкретной КСГ с целью мотивации медицинских организаций к регулированию уровня госпитализаций при заболеваниях и состояниях, входящих в определенную КСГ, или стимулирования медицинской организации к внедрению конкретных современных методов лечения и является единым для всех уровней (подуровней) медицинских организаций (за исключением медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских

<sup>1</sup> 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».

организаций, расположенных на территории закрытых административных территориальных образований). Кроме того, данный коэффициент может быть применен в целях стимулирования медицинских организаций, а также медицинских работников к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий.

Коэффициент специфики устанавливается в значении 0,8.

Коэффициент специфики не применяется (т.е. устанавливается в значении 1) к КСГ, начинающимся с символов st19 (профиль «Онкология»), st08 (профиль «Детская онкология») и st37 (профиль «Медицинская реабилитация»).

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, понижающие коэффициенты специфики не применяются.

Таблица 1

**КСГ, к которым не применяются понижающие коэффициенты специфики**

№ КСГ	Наименование КСГ
st13.002	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
st13.005	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
st13.007	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
st15.015	Инфаркт мозга (уровень 2)
st15.016	Инфаркт мозга (уровень 3)
st17.001	Малая масса тела при рождении, недоношенность
st17.002	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость
st17.003	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)

Значения коэффициентов специфики приведены в приложении № 16 к настоящему тарифному соглашению.

3.2.3.2. Коэффициент уровня медицинской организации устанавливается в разрезе трех уровней медицинских организаций дифференцированно для

медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций с учетом требований нормативных правовых документов в сфере охраны здоровья (приложение № 17 к настоящему тарифному соглашению).

С учетом объективных критериев по каждому уровню выделяется не более 5 подуровней медицинской организации с установлением коэффициентов по каждому подуровню.

Установление индивидуального коэффициента уровня (подуровня) медицинской организации в условиях круглосуточного стационара не допускается (за исключением индивидуальных коэффициентов уровня при условии, если выделяется отдельный подуровень для медицинских организаций и (или) структурных подразделений, расположенных на территории ЗАТО).

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

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). Перечень таких КСГ приведен в приложении № 16 к настоящему тарифному соглашению.

При оплате медицинской помощи в медицинских организациях и (или) структурных подразделениях медицинских организаций, расположенных на территории ЗАТО, коэффициент уровня применяется в том числе при оплате медицинской помощи по КСГ, определенным Приложением 17 к настоящему тарифному соглашению.

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

3.2.3.3. Коэффициент сложности лечения пациента – учитывает высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам и применяется в отдельных случаях (приложения № 18 к настоящему тарифному соглашению).

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 № 18, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

3.2.4. Нормативы финансовых затрат на законченный случай лечения заболеваний по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи,

оказываемой в условиях круглосуточного стационара, приведены в приложении № 19 к настоящему тарифному соглашению.

3.2.5. Высокотехнологичная медицинская помощь оплачивается с применением коэффициента дифференциации к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи:

1 группа - 34%; 2 группа - 39%; 3 группа - 22%; 4 группа - 31%; 5 группа - 7%; 6 группа - 50%; 7 группа - 34%; 8 группа - 49%; 9 группа - 28%; 10 группа - 25%; 11 группа - 20%; 12 группа - 18%; 13 группа - 17%; 14 группа - 38%; 15 группа - 29%; 16 группа - 22%; 17 группа - 31%; 18 группа - 27%; 19 группа - 55%; 20 группа - 37%; 21 группа - 23%; 22 группа - 38%; 23 группа - 36%; 24 группа - 35%; 25 группа - 26%; 26 группа - 20%; 27 группа - 45%; 28 группа - 35%; 29 группа - 35%; 30 группа - 25%; 31 группа - 39%; 32 группа - 23%; 33 группа - 34%; 34 группа - 22%; 35 группа - 19%; 36 группа - 36%; 37 группа - 56%; 38 группа - 50%; 39 группа - 44%; 40 группа - 54%; 41 группа - 46%; 42 группа - 34%; 43 группа - 20%; 44 группа - 17%; 45 группа - 14%; 46 группа - 10%; 47 группа - 10%; 48 группа - 9%; 49 группа - 17%; 50 группа - 15%; 51 группа - 38%; 52 группа - 17%; 53 группа - 52%; 54 группа - 18%; 55 группа - 15%; 56 группа - 25%; 57 группа - 33%; 58 группа - 23%; 59 группа - 45%; 60 группа - 9%; 61 группа - 29%; 62 группа - 32%; 63 группа - 20%; 64 группа - 27%; 65 группа - 32%; 66 группа - 17%; 67 группа - 32%.

3.2.6. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в условиях круглосуточного стационара, оплата производится за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Базовый тариф на оплату гемодиализа в условиях круглосуточного стационара устанавливается в размере 6 892,57 рублей.

Для последующего расчета остальных услуг диализа к базовому тарифу применяются коэффициенты относительной затратоемкости (приведены в приложении № 20 к настоящему тарифному соглашению).

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

$$CC_{КСГ} = BC \times KZ_{КСГ} \times ((1 - D_{зп}) + D_{зп} \times KC_{КСГ} \times КУС_{МО}) + BC \times KСЛП,$$

где:

BC      размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;

$KZ_{КСГ}$	коэффициент относительной затратно-емкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
$D_{ЗП}$	доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением № 4 к Программе значение, к которому применяется КД, КС и КУС);
$KC_{КСГ}$	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае, если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ);
$KUC_{МО}$	коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
$KCLП$	коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

3.2.8. Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат на оказание медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, оплачиваемой по КСГ, приведены в приложении № 16 к настоящему тарифному соглашению.

### **3.3. Размер тарифов медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара**

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования (за исключением размера средств, направляемых на оплату медицинской помощи за пределами субъекта РФ) составляет 1 546,73 рублей на одно застрахованное лицо.

Средний норматив финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневного стационара, установленный постановлением правительства Владимирской области от 29.12.2022 №951 составляет 25 048,50 рубля.

Значение коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневного стационара к базовой ставке 0,60.

Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка) в условиях дневного стационара составляет 15 029,10 рубля.

Отнесение случаев лечения к соответствующей КСГ осуществляется в соответствии с правилами, установленными Методическими рекомендациями.

3.3.1. Перечень групп КСГ и установленные коэффициенты относительной затратно-емкости для определения стоимости КСГ в условиях дневного стационара приведены в приложении № 21 к настоящему тарифному

соглашению.

Стоимость одного случая госпитализации в дневном стационаре (СДС<sub>КСГ</sub>) по КСГ определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО},$$

где:

БС	базовая ставка, рублей;
КЗ <sub>КСГ</sub>	коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;
КС <sub>КСГ</sub>	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);
КУС <sub>МО</sub>	коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент.

3.3.2.1. Коэффициент специфики – устанавливается для конкретной КСГ с целью мотивации медицинских организаций к регулированию уровня госпитализаций при заболеваниях и состояниях, входящих в определенную КСГ, или стимулирования медицинской организации к внедрению конкретных современных методов лечения и является единым для всех уровней (подуровней) медицинских организаций (за исключением медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административных территориальных образований). Кроме того, данный коэффициент может быть применен в целях стимулирования медицинских организаций, а также медицинских работников к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий.

Коэффициент специфики не применяется (т.е. устанавливается в значении 1) к КСГ, начинающимся с символов ds19 (профиль «Онкология») и ds08 (профиль «Детская онкология»).

3.3.2.2. Коэффициент уровня медицинской организации устанавливается в разрезе двух уровней медицинских организаций дифференцированно для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций с учетом требований нормативных документов в сфере здравоохранения (приложение № 22 к настоящему тарифному соглашению).

С учетом объективных критериев (разница в используемых энергоносителях, плотность населения обслуживаемой территории, монопрофильность медицинской организации (например, инфекционная больница, и т.д.)), по каждому уровню выделяется не более 5 подуровней

медицинской организации с установлением коэффициентов по каждому подуровню.

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

$$CC_{\text{КСГ}} = BC \times KZ_{\text{КСГ}} \times ((1 - D_{\text{ЗП}}) + D_{\text{ЗП}} \times KC_{\text{КСГ}} \times КУС_{\text{МО}}),$$

где:

BC	размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;
$KZ_{\text{КСГ}}$	коэффициент относительной затроемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
$D_{\text{ЗП}}$	доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением № 4 к Программе значение, к которому применяется КД, КС и КУС);
$KC_{\text{КСГ}}$	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае, если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ);
$КУС_{\text{МО}}$	коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент.

### 3.4. Размер тарифов на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 923,59 руб.

3.4.2. По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц осуществляется оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой медицинской помощи специализированных, врачебных, фельдшерских бригад, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), за исключением:

- скорой медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами территории Владимирской области;
- скорой медицинской помощи с применением медицинской технологии «тромболизис».

3.4.3. Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, составляет на год 912,05 руб. и рассчитывается исходя из объема средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, по следующей формуле:

$$Пн_{БАЗ} = \frac{ОС_{СМП} - ОС_{В}}{Ч_3}, \text{ где:}$$

- $Пн_{БАЗ}$  базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;
- $ОС_{В}$  объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам за вызов, рублей;

3.4.4. На основе базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций по следующей формуле:

$$ДПн^i = Пн_{БАЗ} \times КД^i_{ПВ} \times КД^i_{УР} \times КД^i_{ЗП}, \text{ где:}$$

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

$КД^i_{ПВ}$  коэффициент половозрастного состава;

$Пн_{БАЗ}$  базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;

$КД^i_{УР}$  коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации) для  $i$ -той медицинской организации (равен 1);

$КД^i_{ЗП}$  коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации,

для  $i$ -той медицинской организации (при необходимости).

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования скорой медицинской помощи вне медицинских организаций, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) (таблица 1 приложение № 23 к настоящему тарифному соглашению) по формуле:

$$ПК = \frac{П_{НБАЗ} \times Ч_3 \times КД}{\sum_i (ДПН^i \times Ч_3^i)}, \text{ где:}$$

$Ч_3^i$  численность застрахованных лиц, обслуживаемых  $i$ -той медицинской организации, человек.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации (ФДПН) (таблица 2 приложение № 23 к настоящему тарифному соглашению) рассчитывается по формуле:

$$ФДПН^i = ДПН^i \times ПК, \text{ где:}$$

$ФДПН^i$  фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для  $i$ -той медицинской организации, рублей.

3.4.5. Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определяется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива, численности обслуживаемого населения, а так же объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов по следующей формуле:

$$ФО_{СМП} = ФДПН^i \times Ч_3^{ПР} + ОС_В, \text{ где:}$$

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

$Ч_3^{ПР}$  численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек;

$ОС_В$  объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам за вызов, рублей.

3.4.6. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи) осуществляются путем:

а) установления базового норматива финансовых затрат на оплату

скорой медицинской помощи (таблица 1 приложения № 24 к настоящему тарифному соглашению);

б) установления коэффициентов, применяемых для определения стоимости каждой единицы объема (таблица 2 приложения № 24 к настоящему тарифному соглашению).

#### **IV. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества**

4.1. В соответствии со ст. 40 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные ст. 41 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

В случае выявления по результатам Контроля неисполнения медицинской организацией условий заключенного договора применяются меры в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (Приложение № 25 к настоящему тарифному соглашению).

Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно ст.41 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком проведения контроля.

#### **4.2. Санкции, применяемые к медицинским организациям**

4.2.1. 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:

$$H = PT \times K_{\text{но}},$$

где:

- Н — размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;
- PT — размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;
- $K_{\text{но}}$  — 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 PT 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 ( $C_{\text{шт}}$ ), рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{шт}} — RP \times K_{\text{шт}},$$

где:

- $C_{\text{шт}}$  — размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;
- RP — 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;

$K_{шт}$  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.

Размеры подушевых нормативов финансирования (РП), используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, устанавливаются равными:

1. В амбулаторных условиях – 6027,70 руб.
2. При оплате скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации – 953,78 руб.
3. В стационарных условиях, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи – 6853,57 руб.
4. В условиях дневного стационара, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи – 1762,07 руб.

Размеры санкций, применяемых к медицинской организации, определены в Приложении № 25 к настоящему тарифному соглашению.

## **V. Заключительные положения**

5.1. Настоящее тарифное соглашение заключается на один финансовый год, вступает в силу со дня его подписания, распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение финансового года с 01.01.2023 г. по 31.12.2023 г.

5.2. В тарифное соглашение вносятся изменения:

а) при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Владимирской области, в части включения (исключения) медицинских организаций;

б) при внесении изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями (при утверждении распределения объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями не в составе тарифного соглашения - в случае необходимости дополнения (исключения) сведений, предусмотренных в разделах 5 и 6 Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденных приказом Министерства здравоохранения России от 29.12.2020 № 1397н, для медицинских организаций, объемы предоставления медицинской помощи по которым изменяются);

в) при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках обязательного медицинского страхования;

г) при внесении изменений в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Министерства здравоохранения России от 29.12.2020 № 1397н, приводящих к изменению структуры и содержания тарифного соглашения;

д) при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

е) при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, высшим исполнительным органом государственной власти Владимирской области решений, приводящих к необходимости внесения изменений в тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

5.3. Внесение изменений в тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

Министр здравоохранения Владимирской области

А.А. Осипов

Первый заместитель директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Владимирской области

О.Ю. Серкова

Председатель Областной организации профсоюза работников здравоохранения

И.Б. Турьшкина

Директор филиала ООО «Капитал МС» во Владимирской области

И.В. Князева

Член Региональной общественной организации «Врачебная палата Владимирской области»

Е.В. Овчинникова

