

Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

1. Настоящий Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями Ростовской области (далее – Порядок), разработан в соответствии с Федеральным Законом от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в ред. от 19.12.2022), приказом МЗ РФ от 28.02.2019 №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования (в ред. от 13.12.2022 №789н), «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» Министерства здравоохранения РФ от 26.01.2023 №31-2/И/2-1075 и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 26.01.2023 №00-10-26-2-06/749 (письмо Минздрава РФ от 26.01.2023 №31-2/И/2-1075), письмом Министерства здравоохранения РФ от 30.01.2023 №31-2/И/2-1287 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023-2025 годы». Порядок устанавливает единые для всех медицинских организаций (МО) и страховых медицинских организаций (СМО) способы оплаты медицинских услуг, оказываемых МО, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС).

2. За медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторно-поликлинических условиях, применяется оплата за принятую единицу объема медицинской помощи в сочетании с оплатой на основе подушевого норматива финансирования МО на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинских организаций.

3. Оплата по тарифам на принятые единицы объема медицинской помощи, определяемым на основе ставки затрат на одно врачебное посещение в разрезе специальностей, по стоматологической помощи – на основе ставки затрат на одну условную единицу трудоемкости (УЕТ), по отдельным врачебным манипуляциям и диагностическим (лабораторным) исследованиям – по стоимости медицинской услуги, предусматривается:

- на одно посещение с профилактической и иными целями (включая посещения, связанные с профилактическими мероприятиями, в том числе посещения центров здоровья, посещения среднего медицинского персонала и разовые посещения в связи с заболеваниями, в том числе при заболеваниях полости рта, слюнных желез и челюстей, за исключением зубного протезирования, а также посещения центров амбулаторной онкологической помощи), диспансерное наблюдение, в частности при длительных случаях наблюдения за травматологическими больными, при наблюдении за нормально протекающей беременностью и пр.;

- на посещение школы сахарного диабета – комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля.

Стоимость комплексного посещения в расчете на одного пациента:

Группа пациентов	Стоимость с учетом $K_{\text{диф.}}$ 1,001 (рублей)	В среднем включает
Взрослые с сахарным диабетом 1 типа	1 476,20	5 занятий продолжительностью 4 часа, а также проверка дневников самоконтроля
Взрослые с сахарным диабетом 2 типа	1 222,02	5 занятий продолжительностью 3 часа, а также проверка дневников самоконтроля
Дети и подростки с сахарным диабетом	1 935,58	10 занятий продолжительностью 2 часа, а также проверка дневников самоконтроля

- на одно посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме. При оказании медицинской помощи в неотложной форме допускается выставление нескольких посещений в один день;

- на одно обращение по поводу заболевания в амбулаторных условиях, включающее не менее двух посещений по поводу одного заболевания (по основной врачебной специальности), а также выполненные при этих посещениях лабораторно-диагностические услуги и лечебные манипуляции;

- одно комплексное посещение по поводу профилактических медицинских осмотров и диспансеризации взрослых и детей, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

- одно комплексное обращение по поводу этапа восстановительного лечения в амбулаторных условиях;

- одно комплексное посещение при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»;

- на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

В рамках одного обращения не допускается выставление отдельных (или частичных) счетов за каждое посещение.

Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона амбулаторного пациента только при последнем посещении больного по данному поводу.

При оплате обращений по поводу проведения этапа восстановительного лечения (консультаций) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по основному (и/или сопутствующему) заболеванию, предоставленных пациенту в медицинской организации в регламентируемые сроки, для медицинских организаций, оказывающих данную медицинскую помощь, определены следующие виды обращений: обращение по поводу проведения этапа восстановительного лечения для взрослых и для детей.

Схемы оказания амбулаторной медицинской помощи при проведении этапа восстановительного лечения разрабатываются медицинской организацией для каждого из вышеуказанных видов обращений, исходя из набора применяемых методов лечения в конкретной МО и моделей пациентов, и утверждаются внутренним положением медицинской организации.

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

При проведении полного комплекса мероприятий в рамках профилактических осмотров, включая диспансеризацию, мобильными медицинскими бригадами, а также при проведении указанных мероприятий в выходные дни, к установленным тарифам применяется повышающий коэффициент в размере 1,1.

Тарифы на комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров, комплексные посещения для проведения диспансеризации отдельных категорий граждан, дифференцированные по полу и возрасту, а также исследования и медицинские вмешательства в рамках углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья мужчин и женщин (I и II этапы) **установлены с учетом в том числе расходов, связанных с использованием систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением**

искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке) (при проведении маммографии), и приведены в приложении 3.1 к Тарифному соглашению.

Оплата случаев диспансерного наблюдения лиц, состоящих на диспансерном наблюдении с онкологическими заболеваниями, болезнями системы кровообращения и сахарным диабетом, взятых за основу расчета норматива объема диспансерного наблюдения в Ростовской области на 2024 год, осуществляется за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных порядком проведения диспансерного наблюдения с учетом требований приказа Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

Размеры тарифов на случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях в зависимости от оценки состояния взрослого пациента* по ШРМ (1–3 балла) и заболевания (профиля заболевания), по поводу которого проводится медицинская реабилитация, с учетом в том числе нормативов финансовых затрат на соответствующую единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение по профилю «Медицинская реабилитация»), следующие:

Наименование профиля / сведения по ШРМ**	Базовый тариф	Поправочный к	Стоимость
Неврология 2 балла по ШРМ	21640,52	1,2752	27595,99
Неврология 3 балла по ШРМ	21640,52	1,4878	32196,77
Травматология и ортопедия 2 балла по ШРМ	21640,52	0,9790	21186,07
Травматология и ортопедия 3 балла по ШРМ	21640,52	1,1723	25369,18
Кардиология 2 балла по ШРМ	21640,52	0,8953	19374,76
Кардиология 3 балла по ШРМ	21640,52	1,0757	23278,71
Онкология 2 балла по ШРМ (по поводу постмастэктомического синдрома в онкологии)	21640,52	0,9726	21047,57
Онкология 3 балла по ШРМ (после онкоортопедических операций)	21640,52	1,1337	24533,86
Инфекционные заболевания в части медицинской реабилитации после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19, 2 балла по ШРМ	21640,52	0,6441	13938,66
Инфекционные заболевания в части медицинской реабилитации после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19, 3 балла по ШРМ	21640,52	0,9018	19515,42

Иные профили 2 балла по ШРМ (др. соматические заболевания)	21640,52	0,5475	11848,18
Иные профили 3 балла по ШРМ (др. соматические заболевания)	21640,52	0,7021	15193,81

* Медицинская реабилитация детей в амбулаторных условиях в зависимости от оценки состояния пациента определяется критерием уровня курации (Уровень курации I-III), что соответствует ШРМ в таблице (ШРМ 1-3 балла).

** Согласно Приказу МЗ РФ от 31.07.2020 № 788н ШРМ 0-1 балла не нуждаются в продолжении медицинской реабилитации.

Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях. Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации. При этом, по решению лечащего врача консультация отдельных специалистов в рамках комплексного посещения может осуществляться в том числе с использованием телемедицинских технологий (1-2 посещения). Комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем 10-12 посещений.

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

$$OC_{MPi}^{AMB} = \sum(O_{MP} \times T_{MP}),$$

где:

OC_{MPi}^{AMB} объем средств, полученных i-той медицинской организацией за оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях;

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

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

5. Ставки затрат на принятые единицы объема медицинской помощи включают расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, 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), 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.

В части расходов на оплату труда включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Общая формула расчета стоимости посещения, обращения имеет следующий вид:

$$T = Cz \times Ky$$

T – тариф посещения, обращения;

Cz – ставка затрат (базовый тариф на единицу объема медицинской первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях);

Ky – коэффициент уровня (подуровня), установленный для групп медицинских организаций.

Размеры базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объёма её оказания, для медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь приведены в приложении 3.1.4. к настоящему Тарифному соглашению.

Коэффициенты уровня приведены в приложении 3.1.5. «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в

амбулаторных условиях с указанием уровня (подуровня) медицинских организаций».

Не применяются коэффициенты уровня к ставкам затрат на:

Наименование услуги	Ставка затрат
Посещение кабинета неотложной медицинской помощи для взрослых (в поликлинике)	614,63
Посещение кабинета неотложной медицинской помощи для взрослых (на дому и выезде)	720,30
Посещение кабинета неотложной медицинской помощи для детей (в поликлинике)	669,06
Посещение кабинета неотложной медицинской помощи для детей (на дому и выезде)	810,60
Стоимость 1 комплексного посещения (законченного случая) проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения (1 этап)	2953,00
Стоимость 1 комплексного посещения (законченного случая) диспансеризации детей-сирот, детей в трудной жизненной ситуации, без попечения родителей (I)	5267,13
Стоимость 1 комплексного посещения (законченного случая) профилактического медосмотра	2169,01
Стоимость 1 комплексного посещения (законченного случая) профилактического медосмотра несовершеннолетних	2316,13
Комплексное посещение для проведения углубленной диспансеризации	1178,58
Комплексное посещение для проведения диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья	1265,5
Комплексное посещение центра амбулаторной онкологической помощи	4821,77
Диспансерное наблюдение отдельных категорий взрослого населения, в том числе по поводу:	2232,13
<i>онкологии</i>	3145,44
<i>сахарного диабета</i>	1187,59
<i>болезней системы кровообращения</i>	2640,74
<i>прочих заболеваний</i>	1289,98
Посещение врача нефролога с целью проведения сеанса гемодиализа	7288,73
Посещение врача нефролога с целью проведения перитонеального диализа	3771,73
Комплексное обследование в центре здоровья (для взрослых и для детей)	1496,88
Комплексное обследование и лечение в центре охраны	1496,88

репродуктивного здоровья подростков	
Посещение офтальмолога (в травмпункте)	873,18
Посещение травматолога (в травмпункте)	1018,33
Консультация врача с использованием телемедицинской информационной системы Минздрава России (в формате "врач-врач")	375,32
Консультация врача с использованием телемедицинской информационной системы Минздрава России (в формате "врач-пациент")	527,80
Дистанционное наблюдение за пациентом (в формате "врач-пациент")	311,99
Все диагностические и лабораторные медицинские услуги	*

* тарифы установлены приложением 3.1.7

6. При оплате амбулаторно-поликлинической помощи по тарифам на принятые единицы объемов медицинской помощи, кодирование оказанной помощи осуществляется с учетом специальности врача и вида посещения (обращения). Медицинская помощь врачей, ведущих специализированный прием детей, оплачивается по тарифам, поименованным для врачебных специальностей с пометкой (для детского населения).

Для медицинских организаций, имеющих в структуре мобильные бригады, устанавливается повышающий коэффициент в размере 1,1 к тарифам на посещения, обращения, медицинские услуги при оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами.

Оплата стоматологических медицинских услуг и отдельных врачебных манипуляций производится в соответствии с приложением 3 к «Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» Министерства здравоохранения РФ от 26.01.2023 №31-2/И/2-1075 и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 26.01.2023 №00-10-26-2-06/749 (письмо Минздрава РФ от 26.01.2023 №31-2/И/2-1075) «Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях» (приложение 2.1.1 «Классификатор медицинских услуг по оказанию первичной специализированной стоматологической помощи»).

Формула расчета стоимости стоматологических услуг:

$$T = C_3 \times K_y \times \chi_{\text{лет}}, \quad \text{где}$$

T – тариф услуги в стоматологии;

C₃ – ставка затрат на 1 УЕТ в стоматологии;

K_y – коэффициент уровня (подуровня), установленный для групп медицинских организаций,

$Ч_{\text{ует}}$ – число УЕТ в соответствии с Классификатором медицинских услуг.

При оплате стоматологической медицинской помощи единицей объема считается посещение с профилактическими и иными целями, включая неотложную помощь, а также обращение по поводу заболевания, стоимость которых корректируется с учетом содержащегося в них количества УЕТ.

7. Решение об оплате случаев проведения сеансов хронического гемодиализа и перитонеального диализа принимается СМО строго в соответствии с актуальным регистром пациентов, направленных Министерством здравоохранения Ростовской области на заместительную почечную терапию. Актуализация регистра проводится ежемесячно на основании данных о вновь прибывших пациентах, нуждающихся в назначении заместительной почечной терапии. Актуализированный регистр направляется Минздравом Ростовской области в ТФОМС Ростовской области в срок до 30 числа отчетного месяца. Случаи сеансов хронического гемодиализа и перитонеального диализа пациентам, не вошедшим в регистр из-за задержки согласования направления с МЗ Ростовской области, выставляются после урегулирования данного вопроса дополнительными счетами в следующем периоде с учетом соответствия начальной даты проведения сеансов диализа и фактической даты включения пациента в регистр. Решение о корректировке объемов оказания этой медицинской помощи принимаются Комиссией по разработке Территориальной программы ОМС так же строго в соответствии с актуальным регистром пациентов, направленных Министерством здравоохранения Ростовской области на этот вид лечения в конкретные медицинские организации, проводящие заместительную почечную терапию в амбулаторных условиях.

8. Тарифы на проведение отдельных диагностических и лабораторных исследований, в т. ч. компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на COVID-19 утверждены за медицинскую услугу, кодируемую в соответствии с приказом Минздрава России от 13.10.2017 N 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее - Номенклатура медицинских услуг) и приведены в приложении 3.1.7 «Тарифы на диагностические, в том числе лабораторные исследования, выполняемые по

направлениям медицинских организаций системы ОМС». Коэффициенты уровня к ставкам затрат на все диагностические и лабораторные медицинские услуги не применяются.

Назначение отдельных диагностических и лабораторных исследований, в т. ч. осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний.

Счета за медицинские услуги компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на COVID-19 выставляют все медицинские организации только за амбулаторных пациентов. При оказании лабораторных, диагностических услуг, врачебных манипуляций, в т. ч. офтальмологических и отоларингологических, допускается кратность выставления счетов по одноименному коду Федеральной номенклатуры с учетом парности органов и /или набора медицинских услуг, утвержденных клиническими рекомендациями, протоколами, схемами и механизмами обследования и лечения. СМО при необходимости вправе отбирать счета на соответствующий вид экспертизы.

Страховые медицинские организации принимают к оплате услуги при наличии направления на исследования от врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, и которого пациент выбрал в порядке прикрепления. Оплата медицинской помощи осуществляется в пределах объемов, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

9. Перечень МО, в которых параклинические услуги, оказанные в рамках Территориальной программы ОМС пациентам, направленным в установленном порядке другими медицинскими организациями, работающими в системе ОМС, Минздравом области, военными комиссариатами, руководителем (ответственным лицом) данной медицинской организации (например, в соответствии с «Положением о порядке направления пациентов и оказания консультативно-диагностической и лечебной помощи в ОКДЦ», о порядке направления пациентов области в областные МО, разработанный МЗРО и т.п.) оплачиваются по отдельным тарифам, приведен в приложении 3.1.6 к Тарифному соглашению. При этом

обязательным является наличие направления МО на оказание параклинических услуг. МО (кабинеты), оказывающие медицинскую помощь онкологического профиля, ГБУ РО «ОЦОЗС и Р» оказывают услуги в том числе без наличия направления.

Услуги, оказанные сторонними медицинскими организациями гражданам в период проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации взрослых и детей, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья мужчин и женщин, диспансерного наблюдения взрослого населения подлежат оплате по тарифам, установленным Тарифным соглашением, в рамках договоров, заключенных между сторонними медицинскими организациями, выполнившими необходимые исследования по направлению медицинских организаций, проводящими профилактические мероприятия и направившие своих прикрепленных лиц (или их биоматериал) для оказания услуг в сторонние МО.

Медицинская помощь, оказанная медицинской организацией, имеющей прикрепленное население, по направлениям, выданным иной медицинской организацией, источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, оплачивается в рамках хоздоговорных отношений (межучрежденческих расчетов) из средств подушевого финансирования, получаемые иной медицинской организацией;

10. Амбулаторная медицинская помощь, оказанная медицинской организацией, имеющей прикрепленное население, по направлениям, выданным иной медицинской организацией, источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, оплачивается в рамках договорных отношений (межучрежденческих расчетов), из средств подушевого финансирования, получаемые иной медицинской организацией.

Амбулаторная медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения (диагностические центры, в т.ч. централизованные лаборатории, областные учреждения 3-го уровня и др.) по направлениям медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, оплачивается медицинским организациям, не имеющим прикрепленного населения, за единицу объема медицинской помощи – медицинскую услугу (по единым тарифам, установленным в приложении 3.1.7 к тарифному соглашению), посещение, обращение.

10.1. Если при обращении на консультацию или при поступлении на плановую госпитализацию в МО (в том числе областные и федеральные) у

пациента на руках есть результаты исследований, прилагаемых к направлению согласно нормативным документам министерства здравоохранения, то в случае, если принимающая МО требует от пациента повторного проведения тех же исследований («переделывания») в своей МО, они производятся за счет данной МО и не подлежат оплате из средств ОМС или за счет пациента, если срок действия результатов исследований, определенный клиническими рекомендациями, протоколами оказания медицинской помощи, не истек.

10.2. Стоимость лабораторных и диагностических медицинских услуг, оказываемых в период госпитализации в круглосуточный или дневной стационар, включена в стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ. Затраты на оказание параклинических услуг (манипуляций, процедур, исследований, в том числе иммунологических исследований на ВИЧ-инфекцию для лиц, не состоящих на учете) учитываются в тарифах основных клинических подразделений.

При отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования, МО, где оказывается медицинская помощь в стационарных условиях, направляет пациента и/или биоматериал в другую МО (централизованную лабораторию, консультативно-диагностический центр и т.д.).

Межучрежденческие расчеты за пациентов, которым оказаны диагностические, в том числе лабораторные исследования, выполняемые по направлениям медицинских организаций системы ОМС Ростовской области, где пациент находится на лечении в условиях круглосуточного или дневного стационаров, осуществляются страховыми медицинскими организациями по единым тарифам на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, утвержденным Тарифным соглашением (Приложение 3.1.7). Данные межучрежденческие расчеты проводятся в соответствии с Приложением 13 Регламента информационного взаимодействия при осуществлении расчетов за медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, оказываемую застрахованным лицам на территории Ростовской области, определяющим порядок взаимодействия СМО и МО при проведении межучрежденческих взаиморасчетов.

10.3. В случаях одновременного лечения больных в стационаре и поликлинике счета за амбулаторно-поликлиническую помощь оплате не подлежат, за исключением:

лечения больных методом заместительной почечной терапии;

оказания стоматологической помощи по экстренным показаниям (острый болевой синдром);

оказания скорой и первичной медико-санитарной помощи, в т. ч. в неотложной форме в амбулаторно-поликлинических условиях, онкологическим больным и больным с вирусным гепатитом С в период этапного лечения в условиях дневного стационара;

проведения ПЭТ/КТ;

консультаций и диагностических услуг в день поступления и выписки пациента из стационара;

консультативно-диагностических посещений специалистами медицинских организаций 3 уровня по запросу других медицинских организаций, а также консультаций и лечебно-диагностических манипуляций, проводимых детям с ретинопатией недоношенных (обоснованная необходимость таких посещений и исследований должна подтверждаться наличием направления, выданного стационаром пребывания, при необходимости данные случаи могут быть отобраны СМО для проведения соответствующей экспертизы).

Данные исключения не распространяются на случаи оказания медицинской помощи в стационарных условиях пациентам, застрахованным на территории других субъектов РФ.

10.4. Счета за оказанные лечебно-диагностические (параклинические) услуги, имеющие длительный технологический срок с момента начала (забора материала) до получения результата исследования, подлежат оплате в полном объеме, в том числе в случае, когда дата получения результата позже, чем дата смерти пациента.

11. Оплата труда врачей-консультантов областных специализированных учреждений здравоохранения Ростовской области, с которыми заключены соответствующие договоры на оказание консультативной медицинской помощи, осуществляется за счет средств ОМС, заработанных по счетам.

12. Тарифы на оплату медицинской помощи утверждаются юридическому лицу – медицинской организации, представлены в справочнике тарификационных карт в электронном виде, и применяются для всех подразделений медицинской организации (юридического лица).

13. В рамках выполнения настоящего Тарифного соглашения возможно принятие к оплате по ОМС случаев медицинской помощи, соответствующих отдельным кодам XXI класса МКБ-10 с проведением СМО их экспертизы:

13.1. Только пациентам, застрахованным по ОМС страховыми медицинскими организациями Ростовской области, при проведении:

- диспансеризации здоровых детей, медицинских осмотров несовершеннолетних - Z00.1- Z00.3, Z01.2, Z23-Z27; Z10.8, K02, K00-K01.1, R76.1, F00-F 99.

- диспансеризации определенных групп взрослого населения – Z00.0, кроме того, коды, перечисленные в приложении 3 к Порядку проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденному приказом МЗ РФ от 27.04.2021 №404н;

- при оценке врачом-педиатром результата проведения диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, или оставшихся без попечения родителей – F00-F99, H00-H59, K00-K14, N60-N98, L00-99, S00-99, T00-99;

- профилактических осмотров взрослых в муниципальных МО, в том числе медицинских профилактических осмотров – Z00.0, Z22–Z27;

- при флюорографическом обследовании пациентов, рентгенографии и маммографии - Z01.6;

- осмотров прикрепленного населения при наличии подозрения или установленного диагноза коронавирусной инфекции, вызванной вирусом COVID-19, – U07.1, U07.2, U09.9, Z03.8, Z22.8, Z20.8, Z11.5, B34.2, B33.8, Z29.0, J12-J18.

13.2. При наблюдении за нормально протекающей беременностью – Z34; обследовании для прерывания беременности - Z32; введении (внутриматочного) противозачаточного средства - Z30.1; прерывании беременности в раннем сроке - Z30.3.

13.3. В случае, когда окончательное установление диагноза невозможно при первичном обращении в МО:

- для всех медицинских организаций - Z03.1;

- для ГБУ РО «РОКБ», ГБУ РО «ОКБ № 2», ГАУ РО «ОКДЦ», ГБУ РО «ОДБ», ГБУ РО «ЛРЦ №1», ГБУ РО «ЛРЦ №2», ГБУ РО «ОЦОЗС и Р», ФГБУЗ «ЮОМЦ ФМБА», ГБУ РО «КДЦ «Здоровье» г. Ростова-на-Дону, ГБУ РО «Консультативно-диагностический центр» и ГБУ РО «Детская городская поликлиника №1» г. Таганрога, ООО МНПФ Авиценна, ООО «Офтальмологическая клиника «Леге Артис», ООО «Наука», ООО «ОЦ «ЭКСИМЕР», ООО «Медицина» – Z01.0-01.9, Z02.3, Z03.3-03.9, Z04.8-04.9, Z08.8, Z09.0, Z31.5, Z35, Z08.7, Z94.7, Z96.1, Z97.0, Z98.8».

13.4. В случае, когда окончательное установление диагноза невозможно при обследовании и лечении в ГАУ РО «ОКДЦ», ГБУ РО «ОКБ № 2», ООО «Кардиоцентр», ООО «Медицина» - R00–R99.

13.5. В случае проведения амбулаторного обследования граждан допризывного, призывного возраста, и граждан, оформляющихся на военную службу по контракту, застрахованных по ОМС, при наличии направления территориального (областного) военного комиссариата, либо направления министерства здравоохранения области – Z02.3.

13.6. Для Центров здоровья – Z03, Z10, Z71.3, Z71.4 – Z72.9, Z73.

13.7. При посещении врача-онколога - Z01.4 – Z 01.9 , Z03.1.

13.8. Осмотр врачом-дерматологом на чесотку и педикулез детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения, лагеря, интернаты и т.п.; учащихся школ и иных учебных заведений; больных, поступающих на стационарное лечение и др. с выдачей соответствующей справки с кодом Z00.0, Z20.7».

14. Для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население и оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу, предусмотрена оплата первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной, на основе подушевых нормативов (по дифференцированным подушевым нормативам финансирования), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), установленных в приложении 3.1.8, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях, наряду с оплатой по тарифам за единицу объема оказанной медицинской помощи (законченный случай профилактической помощи, диспансерное наблюдение взрослого населения и т.д.).

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий.

14.1. Средний подушевой норматив финансирования на одно застрахованное лицо в амбулаторных условиях рассчитывается по формуле:

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

где:

OC_{AMB} объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ростовской области, рублей;

$Ч_3$ численность застрахованного населения Ростовской области

на 01.01.2022, человек.

Общий объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ростовской области, определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, по следующей формуле:

$$ОС_{АМБ} = (Н_{О_{ПМО}} \times НФЗ_{ПМО} + Н_{О_{ДИСП}} \times НФЗ_{ДИСП} + Н_{О_{ИЦ}} \times НФЗ_{ИЦ} + Н_{О_{ОЗ}} \times НФЗ_{ОЗ} + Н_{О_{НЕОТЛ}} \times НФЗ_{НЕОТЛ} + Н_{О_{МР}} \times НФЗ_{МР} + Н_{О_{ДН}} \times НФЗ_{ДН}) \times Ч_3 - ОС_{МТР},$$

где:

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

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

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

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

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

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

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

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

$$\text{ПН}_{\text{БАЗ}} = \left(\frac{\text{ОС}_{\text{ПНФ}}}{\text{Ч}_3 \times \text{КД}} \right) \times (1 - \text{Рез}),$$

где:

ПН_{БАЗ} базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей;

ОС_{ПНФ} объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей;

Рез доля средств, направляемая на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (2%);

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

В базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц первичной медико-санитарной помощи не включены:

- размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными размерами (приложение 3.1.3);

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

- расходы на проведение отдельных диагностических и лабораторных исследований, в т. ч. компьютерной томографии, магнитно-резонансной

томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- расходы на оплату проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации взрослых и детей, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья мужчин и женщин, диспансерного наблюдения взрослого населения;

- расходы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема (оплата услуг диализа, комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях, комплексных посещений центров амбулаторной онкологической помощи, комплексных обследований (лечения) в центрах охраны репродуктивного здоровья подростков).

14.3. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинских организаций определяются с учетом половозрастного состава населения, прикрепленного к медицинской организации.

Численность прикрепленного населения распределяется на следующие половозрастные группы:

0-1 год мужчины/женщины;

1-4 года мужчины/женщины;

5-17 лет мужчины/женщины;

18-64 лет мужчины/женщины;

65 лет и старше мужчины/женщины.

К расчету коэффициентов половозрастного состава принимается численность застрахованных лиц на территории Ростовской области на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц на первое число последнего месяца предыдущего квартала.

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

Определяется размер затрат на одно застрахованное лицо (P) (без учета возраста и пола) по формуле:

$$P = Z \div M \div Ч, \text{ где:}$$

Z затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным за расчетный период;

M количество месяцев в расчетном периоде;

Ч численность застрахованных лиц.

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

$$P_j = Z_j \div M \div Ч_j, \text{ где:}$$

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

$Ч_j$ численность застрахованных лиц, попадающих в j-тый половозрастной интервал.

Рассчитываются коэффициенты дифференциации $KД_j$ для каждой половозрастной группы по формуле:

$$KД_j = P_j \div P.$$

При этом для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше устанавливается значение половозрастного коэффициента в размере не менее 1,6.

Коэффициенты половозрастного состава в разрезе половозрастных групп населения:

Коэффициенты половозрастного состава	По группам застрахованных лиц									
	0 - 1 год		1 - 4 года		5 - 17 лет		18 - 64 года		65 лет и старше	
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
	4,0627	3,9718	1,8756	1,85299	1,92148	1,89773	0,47771	0,81188	1,6	1,6

Значения коэффициентов половозрастного состава для медицинских организаций рассчитываются по следующей формуле:

$$KД_{ПВ}^i = \sum_j (KД_{ПВ}^j \times Ч_3^j) / Ч_3^i, \text{ где:}$$

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

$K_{ПВ}^j$ коэффициент половозрастного состава, определенный для j-той половозрастной группы (подгруппы);

$Ч_3^j$ численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, в j-той половозрастной группе (подгруппе), человек;

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

14.4. В отношении медицинских организаций, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на содержание медицинской организации и оплату труда персонала, исходя из расположения и отдаленности обслуживаемых территорий, применяются следующие коэффициенты дифференциации:

– для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек - 1,113,

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

Перечень медицинских организаций, для которых применяется коэффициент дифференциации, учитывающий расположение в сельской местности, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек:

№№ п/п	Наименование медицинской организации	Кдот
1	ГБУ РО "РБ" в Азовском районе	1,04
2	ГБУ РО "ЦРБ" в Багаевском районе	1,04
3	ГБУ РО "ЦРБ" в Боковском районе	1,113
4	ГБУ РО "ЦРБ" в Верхнедонском районе	1,113
5	ГБУ РО "ЦРБ" в Веселовском районе	1,04
6	ГБУ РО "ЦРБ" в Шолоховском районе	1,04
7	ГБУ РО "ЦРБ" в Волгодонском районе	1,04
8	ГБУ РО "ЦРБ" в Дубовском районе	1,113
9	ГБУ РО "ЦРБ" в Егорлыкском районе	1,04
10	ГБУ РО "ЦРБ" в Заветинском районе	1,113
11	ГБУ РО "ЦРБ" в зерноградском районе	1,04
12	ГБУ РО "ЦРБ" в Зимовниковском районе	1,04
13	ГБУ РО "ЦРБ" в Кагальницком районе	1,04
14	ГБУ РО "ЦРБ" в Каменском районе	1,04
15	ГБУ РО "ЦРБ" в Кашарском районе	1,113

16	ГБУ РО "ЦРБ" в Константиновском районе	1,04
17	ГБУ РО "ЦРБ" в Куйбышевском районе	1,113
18	ГБУ РО "ЦРБ" в Мартыновском районе	1,04
19	ГБУ РО "ЦРБ" в Матвеево-Курганском районе	1,04
20	ГБУ РО "ЦРБ" в Милютинском районе	1,113
21	ГБУ РО "ЦРБ" в Морозовском районе	1,04
22	ГБУ РО "ЦРБ" в Мясниковском районе	1,04
23	ГБУ РО "ЦРБ" в Обливском районе	1,113
24	ГБУ РО "ЦРБ" в Орловском районе	1,04
25	ГБУ РО "ЦРБ" в Песчанокопском районе	1,04
26	ГБУ РО "ЦРБ" в Пролетарском районе	1,04
27	ГБУ РО "ЦРБ" в Ремонтненском районе	1,113
28	ГБУ РО "ЦРБ" Родионово-Несветайском районе	1,113
29	ГБУ РО "ЦРБ" в Семикаракорском районе	1,04
30	ГБУ РО "ЦРБ" в Советском районе	1,113
31	ГБУ РО "ЦРБ" в Тарасовском районе	1,04
32	ГБУ РО "ЦРБ" в Тацинском районе	1,04
33	ГБУ РО "ЦРБ" в Усть-Донецком районе	1,04
34	ГБУ РО "ЦРБ" в Целинском районе	1,04
35	ГБУ РО "ЦРБ" в Цимлянском районе	1,04
36	ГБУ РО "ЦРБ" в Чертковском районе	1,04
37	ГБУ РО "ЦГБ" в г. Гуково	1,04
38	ГБУ РО "ЦГБ" в г. Донецке	1,04
39	ГБУ РО "ЦГБ" в г. Зверево	1,04

14.5. При расчете коэффициента уровня расходов медицинских организаций (КД_{ур}) учитываются особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц первичной медико-санитарной помощи включены расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, 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), 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.

В части расходов на заработную плату включено финансовое обеспечение выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

- врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования, рассчитанных на основе базового подушевого норматива с учетом поправочного коэффициента, коэффициентов 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, коэффициентов половозрастного состава и коэффициентов уровня расходов медицинских организаций приведены в приложении 3.1.1 к тарифному соглашению.

Размер среднего подушевого норматива финансирования и базового норматива финансирования в амбулаторных условиях, а также поправочного коэффициента приведены в приложении 3.1.2 к тарифному соглашению.

Оплата по подушевому нормативу осуществляется в соответствии с численностью застрахованных прикрепленных лиц, подтверждаемой актом сверки численности (согласно приложению 2 к договору на оказание и оплату медицинской помощи, заключенному между СМО и МО). Сверка

численности прикрепленного населения, распределенного на половозрастные группы в соответствии с п.153 Правил ОМС, производится ежеквартально.

Ежемесячная сумма, подлежащая оплате медицинской организации за прикрепленное население, рассчитывается по формуле:

$$\Sigma \text{МО} = \text{ФДПн}^i_{(\text{месячный})} \times \text{Ч}_3^i, \text{ где}$$

$\text{ФДПн}^i_{(\text{месячный})}$ – дифференцированный подушевой норматив для i -той медицинской организации, рублей, равный 1/12 годового;

Ч_3^i – численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -й медицинской организации на первое число последнего месяца предыдущего квартала.

15. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, составляет в 2024 году:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей, – 799,8 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, – 1 231,7 тыс. рублей

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, – 2 463,4 тыс. рублей,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, – 2 910,0 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий более 2000 жителей, – 3 200,0 тыс. рублей.

Финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, полностью соответствующих требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, рассчитано с применением коэффициента 1,0, не соответствующих требованиям - коэффициент от 0,1 до 0,95 (с учетом фактической потребности финансирования).

Порядок отражения сумм финансового обеспечения фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов определен Регламентом информационного взаимодействия при осуществлении расчетов за медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию.

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

В части расходов на заработную плату включено в том числе финансовое обеспечение выплат стимулирующего характера медицинским

работникам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

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

$$ОС_{ФАП}^i = \sum_n (Ч_{ФАП}^n \times БНФ_{ФАП}^n \times КС_{БНФ}^n), \text{ где:}$$

$ОС_{ФАП}^i$ размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i -той медицинской организации;

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

$БНФ_{ФАП}^n$ базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n -го типа;

$КС_{БНФ}^n$ коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов определен Программой, устанавливается значение коэффициента, равное 1).

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в разрезе районов Ростовской области, имеющих в структуре соответствующие подразделения, приведен в приложении 3.1.3.

Классификатор медицинских услуг по оказанию первичной
специализированной стоматологической помощи

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослы й прием	детски й прием
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	0,35	0,35
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	0,61	0,61
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	0,76	0,76
B01.003.004.002	Проводниковая анестезия	0,96	0,96
B01.003.004.004	Аппликационная анестезия	0,31	0,31
B01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	0,5	0,5
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	0,93	0,93
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	0,75	0,75
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	0,75	0,75
A11.07.026	Взятие образца биологического материала из очагов поражения органов рта	1,12	1,12
A11.01.019	Получение соскоба с эрозивно-язвенных элементов кожи и слизистых оболочек	1,12	1,12
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных	1,1	1,1

	препаратов в челюстно-лицевую область		
A25.07.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов	0,25	0,25
A05.07.001	Электроодонтометрия зуба	0,42	0,42
B01.064.003	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный		1,95
B01.064.004	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный		1,37
B04.064.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского		1,19
B01.065.007	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный	1,68	1,95
B01.065.008	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога повторный	1,18	1,37
B04.065.005	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога	1,25	1,19
B01.065.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта первичный	1,68	
B01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	1,18	
B04.065.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта	1,25	
B01.065.003	Прием (осмотр, консультация) зубного врача первичный	1,68	1,95
B01.065.004	Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный	1,18	1,37
B04.065.003	Диспансерный прием (осмотр, консультация) зубного врача	1,25	1,19
B01.065.005	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического первичный	1,5	1,5

V01.065.006	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического повторный	0,9	0,9
A03.07.001	Люминесцентная стоматоскопия	0,63	0,63
A11.07.010	Введение лекарственных препаратов в пародонтальный карман	0,99	0,99
A11.07.022	Аппликация лекарственного препарата на слизистую оболочку полости рта	0,45	0,45
A16.07.051	Профессиональная гигиена полости рта и зубов <1>	2	2
A16.07.082	Сошлифовывание твердых тканей зуба	0,25	0,25
A11.07.023	Применение метода серебрения зуба	0,88	0,88
A15.07.003	Наложение лечебной повязки при заболеваниях слизистой оболочки полости рта и пародонта в области одной челюсти	2	2
A16.07.002.00 1	Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использованием стоматологических цементов <2>	1,53	1,53
A16.07.002.00 2	Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения <2>	1,95	1,95
A16.07.002.00 3	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием стоматологических цементов <2>	1,85	1,85
A16.07.002.00 4	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения <2>	2,5	2,5
A16.07.002.00 5	Восстановление зуба пломбой пломбой IV класс по Блэку с использованием стеклоиномерных цементов <2>	2,45	2,45

A16.07.002.00 6	Восстановление зуба пломбой пломбой IV класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения <2>	3,25	3,25
A16.07.002.00 7	Восстановление зуба пломбой из амальгамы I, V класс по Блэку <2>	1,95	1,95
A16.07.002.00 8	Восстановление зуба пломбой из амальгамы II класс по Блэку <2>	2,33	2,33
A16.07.002.01 0	Восстановление зуба пломбой I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров <2>	3,35	3,35
A16.07.002.01 1	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров <2>	3,75	3,75
A16.07.002.01 2	Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров <2>	4	4
A16.07.002.00 9	Наложение временной пломбы	1,25	1,25
A16.07.091	Снятие временной пломбы	0,25	0,25
A16.07.092	Трепанация зуба, искусственной коронки	0,48	0,48
A16.07.008.00 1	Пломбирование корневого канала зуба пастой	1,16	1,16
A16.07.008.00 2	Пломбирование корневого канала зуба гуттаперчевыми штифтами	1,7	1,7
A11.07.027	Наложение девитализирующей пасты	0,03	0,03
A16.07.009	Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы)	0,21	0,21
A16.07.010	Экстирпация пульпы	0,46	0,46
A16.07.019	Временное шинирование при заболеваниях пародонта <3>	1,98	1,98
A16.07.020.00 1	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба	0,32	0,32

	ручным методом <4>		
A16.07.025.00 1	Избирательное полирование зуба	0,2	0,2
A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба <4>	0,2	0,2
A16.07.030.00 1	Инструментальная и медикаментозная обработка хорошо проходимого корневого канала	0,92	0,92
A16.07.030.00 2	Инструментальная и медикаментозная обработка плохо проходимого корневого канала	1,71	1,71
A16.07.030.00 3	Временное пломбирование лекарственным препаратом корневого канала	0,5	0,5
A16.07.039	Закрытый кюретаж при заболеваниях пародонта в области зуба <4>	0,31	0,31
A16.07.082.00 1	Распломбировка корневого канала ранее леченного пастой	2	2
A16.07.082.00 2	Распломбировка одного корневого канала ранее леченного фосфатцементом/резорцин-формальдегидным методом	3,55	3,55
B01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	1,4	1,4
B01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	1,08	1,08
A11.03.003	Внутрикостное введение лекарственных препаратов	0,82	0,82
A15.03.007	Наложение шины при переломах костей <5>	6,87	6,87
A15.03.011	Снятие шины с одной челюсти	1,43	1,43
A15.04.002	Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов	2,55	2,55

A15.07.001	Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) зубов	2,96	2,96
A11.07.001	Биопсия слизистой полости рта	1,15	1,15
A11.07.002	Биопсия языка	1,15	1,15
A11.07.005	Биопсия слизистой преддверия полости рта	1,15	1,15
A11.07.007	Биопсия тканей губы	1,15	1,15
A11.07.008	Пункция кисты полости рта	0,91	0,91
A11.07.009	Бужирование протоков слюнных желез	3,01	3,01
A11.07.013	Пункция слюнной железы	0,91	0,91
A11.07.014	Пункция тканей полости рта	0,91	0,91
A11.07.015	Пункция языка	0,91	0,91
A11.07.016	Биопсия слизистой ротоглотки	1,15	1,15
A11.07.018	Пункция губы	0,91	0,91
A11.07.019	Пункция патологического образования слизистой преддверия полости рта	0,91	0,91
A11.07.020	Биопсия слюнной железы	1,15	1,15
A15.01.003	Наложение повязки при операции в челюстно-лицевой области	1,06	1,06
A15.07.002	Наложение повязки при операциях в полости рта	1,06	1,06
A16.01.004	Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани <6>	1,3	1,3
A16.01.008	Сшивание кожи и подкожной клетчатки <7>	0,84	0,84
A16.07.097	Наложение шва на слизистую оболочку рта	0,84	0,84
A16.01.012	Вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса)	2	2
A16.01.016	Удаление атеромы	2,33	2,33

A16.01.030	Иссечение грануляции	2,22	2,22
A16.04.018	Вправление вывиха сустава	1	1
A16.07.095.00 1	Остановка луночного кровотечения без наложения швов методом тампонады	1,25	1,25
A16.07.095.00 2	Остановка луночного кровотечения без наложения швов с использованием гемостатических материалов	1	1
A16.07.001.00 1	Удаление временного зуба	1,01	1,01
A16.07.001.00 2	Удаление постоянного зуба	1,55	1,55
A16.07.001.00 3	Удаление зуба сложное с разъединением корней	2,58	2,58
A16.07.024	Операция удаления ретинированного, дистопированного или сверхкомплектного зуба	3	3
A16.07.040	Лоскутная операция в полости рта <8>	2,7	2,7
A16.07.007	Резекция верхушки корня	3,78	3,78
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления в полости рта	1	1
A16.07.012	Вскрытие и дренирование одонтогенного абсцесса	0,97	0,97
A16.07.013	Отсроченный кюретаж лунки удаленного зуба	1,03	1,03
A16.07.014	Вскрытие и дренирование абсцесса полости рта	2,14	2,14
A16.07.015	Вскрытие и дренирование очага воспаления мягких тканей лица или дна полости рта	2,41	2,41
A16.07.016	Цистотомия или цистэктомия	3,89	3,89
A16.07.017.00 2	Коррекция объема и формы альвеолярного отростка <9>	1,22	1,22

A16.07.026	Гингивэктомия	4,3	4,3
A16.07.089	Гингивопластика	4,3	4,3
A16.07.038	Открытый кюретаж при заболеваниях пародонта в области зуба <4>	1	1
A16.07.042	Пластика уздечки верхней губы	2,1	2,1
A16.07.043	Пластика уздечки нижней губы	2,1	2,1
A16.07.044	Пластика уздечки языка	1	1
A16.07.096	Пластика перфорации верхнечелюстной пазухи	4	4
A16.07.008.00 3	Закрытие перфорации стенки корневого канала зуба	1,8	1,8
A16.07.058	Лечение перикоронита (промывание, рассечение и/или иссечение капюшона)	1,04	1,04
A16.07.059	Гемисекция зуба	2,6	2,6
A11.07.025	Промывание протока слюнной железы	1,85	1,85
A16.22.012	Удаление камней из протоков слюнных желез	3	3
A16.30.064	Иссечение свища мягких тканей	2,25	2,25
A16.30.069	Снятие послеоперационных швов (лигатур)	0,38	0,38
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	1,5	1,5
A17.07.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов	1,5	1,5
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	0,5	0,5
A17.07.004	Ионофорез при патологии полости рта и зубов	1,01	1,01
A17.07.006	Депозифорез корневого канала зуба	1,5	1,5
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта	2	2

A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	1,67	1,67
A17.07.009	Воздействие электрическими полями при патологии полости рта и зубов	1	1
A17.07.010	Воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов	1	1
A17.07.011	Воздействие токами ультравысокой частоты при патологии полости рта и зубов	1,25	1,25
A17.07.012	Ультравысокочастотная индуктотермия при патологии полости рта и зубов	1,25	1,25
A20.07.001	Гидроорошение при заболевании полости рта и зубов	1,5	1,5
A21.07.001	Вакуум-терапия в стоматологии	0,68	0,68
A22.07.005	Ультрафиолетовое облучение ротоглотки	1,25	1,25
A22.07.007	Ультрафонофорез лекарственных препаратов на область десен	1	1
Ортодонтия			
B01.063.001	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта первичный		4,21
B01.063.002	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта повторный		1,38
B04.063.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта		1,69
A02.07.004	Антропометрические исследования		1,1
A23.07.002.02 7	Изготовление контрольной модели		2,5
A02.07.010.00 1	Снятие оттиска с одной челюсти		1,4
A02.07.010	Исследование на диагностических моделях челюстей		2

A23.07.001.00 1	Коррекция съемного ортодонтического аппарата		1,75
A23.07.003	Припасовка и наложение ортодонтического аппарата		1,8
A23.07.001.00 2	Ремонт ортодонтического аппарата		1,55
A23.07.002.03 7	Починка перелома базиса самотвердеющей пластмассой		1,75
A23.07.002.04 5	Изготовление дуги вестибулярной с дополнительными изгибами		3,85
A23.07.002.07 3	Изготовление дуги вестибулярной		2,7
A23.07.002.05 1	Изготовление кольца ортодонтического		4
A23.07.002.05 5	Изготовление коронки ортодонтической		4
A23.07.002.05 8	Изготовление пластинки вестибулярной		2,7
A23.07.002.05 9	Изготовление пластинки с заслоном для языка (без кламмеров)		2,5
A23.07.002.06 0	Изготовление пластинки с окклюзионными накладками		18,0
A16.07.053.00 2	Распил ортодонтического аппарата через винт		1
Профилактические услуги			
V04.064.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского		1,57
V04.065.006	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога	1,3	1,57
V04.065.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта	1,3	

B04.065.004	Профилактический прием (осмотр, консультация) зубного врача	1,3	1,3
A11.07.012	Глубокое фторирование эмали зуба	0,3	0,3
A11.07.024	Местное применение реминерализующих препаратов в области зуба <4>	0,7	0,7
A13.30.007	Обучение гигиене полости рта	0,87	0,87
A16.07.057	Запечатывание фиссуры зуба герметиком	1	1

Примечания:

- <1> Одного квадранта.
- <2> Включая полирование пломбы.
- <3> Трех зубов.
- <4> Одного зуба.
- <5> На одной челюсти.
- <6> Без наложения швов.
- <7> Один шов.
- <8> В области двух-трех зубов.
- <9> В области одного-двух зубов.

Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара.

Порядок оплаты случаев госпитализации по КСГ определяется «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 № 2353 (далее – Программа), а также Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – Требования).

Оплата медицинской помощи в стационарных условиях, в том числе медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), осуществляется:

- 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;

- 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, по объективным причинам, 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 трех дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний приведенных в таблице 2 («Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно»), в том числе в сочетании с услугой диализа.

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

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (СС_{КСГ}) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых Приложением 3.2.8 к ТС установлены доли заработной платы и прочих расходов), определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + БС \times КД^* \times КСЛП, \text{ где:}$$

БС – размер базовой ставки (без учета коэффициента дифференциации) составляет 28 031,89 рублей;

КД - коэффициент дифференциации (значение - 1,001), рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Постановление № 462);

КЗ_{КСГ} - коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;

КС_{КСГ} – коэффициент специфики, применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней (подуровней) медицинских организаций

(используется в расчетах в случае, если указанный коэффициент установлен тарифным соглашением для данной КСГ);

КУСмо – коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента (при применении в рамках одного случая лечения более одного КСЛП значения коэффициентов суммируются)

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

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

Базовая ставка в условиях круглосуточного стационара установлена в размере 28 031,89 руб. (без учета коэффициента дифференциации) и 28 059,92 руб. (с учетом коэффициента дифференциации - 65% от норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования).

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

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов (Приложение 3.2.8 к Тарифному соглашению), определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - Дзп) + Дзп \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КД) + БС \times КД^* \times КСЛП, \text{ где:}$$

БС – размер базовой ставки (без учета коэффициента дифференциации) составляет 28 031,89 рублей;

КЗкcg - коэффициент относительной затратноности КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;

Дзп – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением 3.2.8 к Тарифному соглашению значение, к которому применяется КД, КС и КУС)

КСксг – коэффициент специфики, применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней (подуровней) медицинских организаций (используется в расчетах в случае, если указанный коэффициент установлен тарифным соглашением для данной КСГ);

КУСмо – коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КД - коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462 (значение - 1,001);

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента (при применении в рамках одного случая лечения более одного КСЛП значения коэффициентов суммируются).

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

Применение коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте РФ.

С целью сохранения целевых показателей оплаты труда отдельных категорий медицинских работников, определенных Указом Президента РФ от 07.05.2012 №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политике», тарифным соглашением устанавливаются коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте (КДзп).

КДзп - коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного "дорожными картами" развития здравоохранения в Ростовской области применяется к стоимости законченного случая лечения (используется при расчетах в случае, если тарифным соглашением установлено значение данного коэффициента превышающее единицу).

Формирование КСГ

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности

следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов (классификационных критериев):

- a. Диагноз (код по МКБ 10);
- b. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 №804н (далее – Номенклатура), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);
- c. Схема лекарственной терапии;
- d. 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 (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации; индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);
- h. Длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);
- i. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- j. Пол;
- k. Длительность лечения;
- l. Этап лечения, в том числе этап проведения экстракорпорального оплодотворения, долечивание пациентов с 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 этом классификационный критерий должен быть в обязательном порядке включен в реестр счетов, формируемый медицинскими организациями на оплату медицинской помощи.

Файл «Расшифровка групп КС», являющийся приложением к «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» содержит соответствующие справочники используемые для формирования отдельных КСГ, с указанием соответствующих КСГ для каждого классификационного критерия:

- «МКБ 10» – справочник кодов МКБ 10 с указанием для каждого кода, включенного в группировку, номеров КСГ, к которым может быть отнесен данный код диагноза;

- «Номенклатура» – справочник кодов Номенклатуры с указанием для каждого кода услуги, включенного в группировку, номеров КСГ, к которым может быть отнесен данный код;

- «Онкология, схемы ЛТ» – справочник схем лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) с указанием для каждой схемы номера КСГ, к которой может быть отнесен случай госпитализации с применением данной схемы;

- «ХГС, схемы ЛТ» – справочник схем лекарственной терапии при хроническом вирусном гепатите С с указанием для каждой схемы номера КСГ, к которой может быть отнесен случай госпитализации с применением данной схемы;

- «ГИБП, схемы ЛТ» – справочник схем лекарственной терапии с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с указанием для каждой схемы номера КСГ, к которой может быть отнесен случай госпитализации с применением данной схемы;

- «МНН ЛП» – справочник МНН лекарственных препаратов (сочетания МНН лекарственных препаратов) с указанием для каждой позиции номеров КСГ, к которым может быть отнесен случай госпитализации с применением данного МНН лекарственного препарата (сочетания МНН лекарственных препаратов);

- «ДКК» – справочник кодов иных классификационных критериев (в дополнение к справочникам «Онкология, схемы ЛТ», «ХГС, схемы ЛТ», «ГИБП, схемы ЛТ» и «МНН ЛП», используемых для отнесения случая госпитализации к определенным КСГ;

При наличии хирургических операций и/или других применяемых специальных методов лечения и сложных медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом номенклатуры медицинских услуг, указанной в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13.10.2017 №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее – Номенклатуры).

В случае применения у пациента нескольких хирургических операций и/или специальных методов лечения и сложных медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по клинико-статистической группе, имеющей более высокий коэффициент относительной затратоемкости.

При отсутствии хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10.

Если пациенту оказывалось оперативное лечение и затратоемкость группы, к которой был отнесен данный случай в соответствии с кодом Номенклатуры, меньше затратоемкости группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом МКБ-10, оплата осуществляется по группе с наибольшим коэффициентом затратоемкости с учетом установленного коэффициента специфики.

Данный подход не применяется для приведенных ниже комбинаций КСГ (Таблица 1). При наличии операции, соответствующей приведенным ниже КСГ, отнесение случая должно осуществляться только на основании кода услуги Номенклатуры. Отнесение данного случая на основании кода диагноза МКБ-10 к терапевтической группе исключается.

Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги

Таблица 1

Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ			Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги		
№	Наименование КСГ, сформированной по услуге	З	№	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу	З
st0 2.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)	,39	st0 2.008	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	,89
st0 2.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)	,58	st0 2.008	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	,89
st0 2.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)	,39	st0 2.009	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов	,46
st1 4.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	,84	st0 4.002	Воспалительные заболевания кишечника	,01
st1 4.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	,74	st0 4.002	Воспалительные заболевания кишечника	,01
st2 1.001	Операции на органе зрения (уровень 1)	,49	st2 1.007	Болезни глаза	,51
st3 4.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)	,74	st3 4.001.1	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	,88
st3 4.001.2	Болезни полости рта, требующие оказание стоматологической помощи под общим обезболиванием, взрослые	,72	st3 4.001.1	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	,88
st3 4.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)	,74	st2 6.001.1	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	,80
	Болезни		st2	Болезни полости рта,	

Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ			Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги		
№	Наименование КСГ, сформированной по услуге	З	№	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу	З
st2 6.001.2	полости рта, требующие оказание стоматологической помощи под общим обезболиванием, дети	,76	6.001.1	слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	,80

Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи 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 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, приведенным в таблице 2.
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 групп КС 2024» к Методическим рекомендациям (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, изложенному в подпункте 2 не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2–9 пункта случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2–4 пункта данного раздела.

В таблице 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.

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

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% процентов от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 95% процентов от стоимости КСГ.

Таблицей 3 настоящего соглашения определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи по КСГ, не входящим в таблицу

3 не могут быть оплачены с применением вышеуказанных диапазонов уменьшения размеров оплаты прерванных случаев.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости законченного случая лечения,

- при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости законченного случая лечения (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10), кроме случаев КСГ «Лекарственная терапия злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1-19), оплата которых осуществляется в размере 60% от стоимости законченного случая»;

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 данного раздела, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно

Таблица 2

№ КСГ	Наименование КСГ
Круглосуточный стационар	
t02.001 ^s	Осложнения, связанные с беременностью
t02.002 ^s	Беременность, закончившаяся абортивным исходом
t02.003 ^s	Родоразрешение
t02.004 ^s	Кесарево сечение
t02.010 ^s	Операции на женских половых органах (уровень 1)
t02.011 ^s	Операции на женских половых органах (уровень 2)
t03.002 ^s	Ангioneвротический отек, анафилактический шок
t05.008 ^s	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырно-мочеточниковом рефлюксе*
t08.001 ^s	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети*

t08.002	s	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
t08.003	s	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
t09.011	s	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 7)
t12.001	s	Кишечные инфекции, взрослые
t12.002	s	Кишечные инфекции, дети
t12.010	s	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые
t12.011	s	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети
t14.002	s	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
t15.008	s	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
t15.009	s	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
t16.005	s	Сотрясение головного мозга
t19.007	s	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
t19.038	s	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
t19.125	s	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
t19.126	s	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
t19.127	s	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
t19.128	s	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
t19.129	s	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
t19.130	s	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
t19.131	s	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
t19.132	s	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
t19.133	s	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*

t19.134	s	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
t19.135	s	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*
t19.136	s	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*
t19.137	s	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
t19.138	s	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14)*
t19.139	s	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15)*
t19.140	s	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16)*
t19.141	s	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17)*
t19.142	s	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 18)*
t19.143	s	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 19)*
t19.082	s	Лучевая терапия (уровень 8)
t19.090	s	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения (уровень 1)
t19.094	s	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
t19.097	s	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
t19.100	s	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4)
t20.005	s	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
t20.006	s	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
t20.010	s	Замена речевого процессора
t21.001	s	Операции на органе зрения (уровень 1)
t21.002	s	Операции на органе зрения (уровень 2)
t21.003	s	Операции на органе зрения (уровень 3)
t21.004	s	Операции на органе зрения (уровень 4)

t21.005 ^s	Операции на органе зрения (уровень 5)
t21.006 ^s	Операции на органе зрения (уровень 6)
t21.009 ^s	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
t25.004 ^s	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
t27.012 ^s	Отравления и другие воздействия внешних причин
t30.006 ^s	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
t30.010 ^s	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
t30.011 ^s	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
t30.012 ^s	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
t30.014 ^s	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
t30.016 ^s	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 7)
t31.017 ^s	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировые ткани и другие болезни кожи
t32.002 ^s	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
t32.012 ^s	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
t32.016 ^s	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
t34.002 ^s	Операции на органах полости рта (уровень 1)
t36.001 ^s	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
t36.007 ^s	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
t36.009 ^s	Реинфузия аутокрови
t36.010 ^s	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
t36.011 ^s	Экстракорпоральная мембранная оксигенация
t36.024 ^s	Радиойодтерапия
t36.025 ^s	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)
t36.026 ^s	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)

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

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», (файлы Расшифровка КС и Расшифровка ДС) 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 раздела «Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи» настоящего соглашения.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным разделом «Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи») 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).

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию

Таблица 3

№ КСГ	Наименование КСГ
Круглосуточный стационар	
02.003 st	Родоразрешение
02.004 st	Кесарево сечение
02.010 st	Операции на женских половых органах (уровень 1)
02.011 st	Операции на женских половых органах (уровень 2)
02.012 st	Операции на женских половых органах (уровень 3)
02.013 st	Операции на женских половых органах (уровень 4)
02.014 st	Слингвые операции при недержании мочи
02.015 st	Операции на женских половых органах (уровень 5)
02.016 st	Операции на женских половых органах (уровень 6)
02.017 st	Операции на женских половых органах (уровень 7)
09.001 st	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)
09.002 st	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 2)
09.003 st	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)

09.004 st	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)
09.005 st	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 1)
09.006 st	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 2)
09.007 st	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 3)
09.008 st	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)
09.009 st	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)
09.010 st	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)
09.011 st	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 7)
10.001 st	Детская хирургия (уровень 1)
10.002 st	Детская хирургия (уровень 2)
10.003 st	Аппендэктомия, дети (уровень 1)
10.005 st	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)
10.006 st	Операции по поводу грыж, дети (уровень 2)
10.007 st	Операции по поводу грыж, дети (уровень 3)
10.008 st	Другие операции на органах брюшной полости, дети
13.002 st	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
13.005 st	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
13.007 st	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
13.008 st	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 1)
13.009 st	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 2)
13.010 st	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 3)
14.001 st	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
14.002 st	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
14.003 st	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 3)
14.004 st	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 4)
st	Инфаркт мозга (уровень 2)

15.015	
15.016	Инфаркт мозга (уровень 3)
16.007	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 1)
16.008	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 2)
16.009	Операции на периферической нервной системе (уровень 1)
16.010	Операции на периферической нервной системе (уровень 2)
16.011	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)
18.002	Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа
19.001	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
19.002	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
19.003	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3)
19.004	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
19.005	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
19.006	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1)
19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
19.008	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3)
19.009	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
19.010	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
19.011	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3)
19.012	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 1)
19.013	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 2)
19.014	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1)
19.015	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2)
19.016	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы (уровень 1)
19.017	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы (уровень 2)
19.018	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1)

19.019 st	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2)
19.020 st	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3)
19.021 st	Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости
19.022 st	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях
19.023 st	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
19.024 st	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
19.025 st	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1)
19.026 st	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2)
19.123 st	Прочие операции при ЗНО (уровень 1)
19.124 st	Прочие операции при ЗНО (уровень 2)
19.038 st	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
19.104 st	Эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях
20.005 st	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
20.006 st	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
20.007 st	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)
20.008 st	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
20.009 st	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)
20.010 st	Замена речевого процессора
21.001 st	Операции на органе зрения (уровень 1)
21.002 st	Операции на органе зрения (уровень 2)
21.003 st	Операции на органе зрения (уровень 3)
21.004 st	Операции на органе зрения (уровень 4)
21.005 st	Операции на органе зрения (уровень 5)
21.006 st	Операции на органе зрения (уровень 6)
21.009 st	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
st	Ревматические болезни сердца (уровень 2)

24.004	
25.004 st	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
25.005 st	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 1)
25.006 st	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 2)
25.007 st	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 3)
25.008 st	Операции на сосудах (уровень 1)
25.009 st	Операции на сосудах (уровень 2)
25.010 st	Операции на сосудах (уровень 3)
25.011 st	Операции на сосудах (уровень 4)
25.012 st	Операции на сосудах (уровень 5)
27.007 st	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2)
27.009 st	Другие болезни сердца (уровень 2)
28.002 st	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 1)
28.003 st	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 2)
28.004 st	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3)
28.005 st	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)
29.007 st	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)
29.008 st	Эндопротезирование суставов
29.009 st	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
29.010 st	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)
29.011 st	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)
29.012 st	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)
29.013 st	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)
30.006 st	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
30.007 st	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)
30.008 st	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)

30.009 st	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)
30.010 st	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
30.011 st	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
30.012 st	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
30.013 st	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 4)
30.014 st	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
30.015 st	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)
30.016 st	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 7)
31.002 st	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
31.003 st	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)
31.004 st	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)
31.005 st	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 4)
31.006 st	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 1)
31.007 st	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 2)
31.008 st	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 3)
31.009 st	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)
31.010 st	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)
31.015 st	Остеомиелит (уровень 3)
31.019 st	Операции на молочной железе (кроме злокачественных новообразований)
32.001 st	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 1)
32.002 st	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
32.003 st	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 3)
32.004 st	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)
32.005 st	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 1)
32.006 st	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)
st	Панкреатит, хирургическое лечение

32.007	
32.008 st	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)
32.009 st	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)
32.010 st	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3)
32.011 st	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)
32.013 st	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
32.014 st	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
32.015 st	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
32.019 st	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 4)
32.016 st	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
32.017 st	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)
32.018 st	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 3)
32.020 st	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 4)
32.021 st	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 5)
34.002 st	Операции на органах полости рта (уровень 1)
34.003 st	Операции на органах полости рта (уровень 2)
34.004 st	Операции на органах полости рта (уровень 3)
34.005 st	Операции на органах полости рта (уровень 4)
36.009 st	Реинфузия аутокрови
36.010 st	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
36.011 st	Экстракорпоральная мембранная оксигенация

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 разделом «Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи» основаниям;

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

3. Оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

4. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (*например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2)*);

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

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

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

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

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

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

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

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

Клинико-статистические группы, к которым не применяется КУС.

При оплате по ряду КСГ (помощь оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеет высокую степень стандартизации медицинских технологий и предусматривает одинаковое применение методов диагностики и лечения на различных уровнях) коэффициент уровня (подуровня) стационара не применяется (принимается равным 1, т.е. стоимость случаев лечения по данным КСГ одинакова для стационаров всех уровней).

Перечень КСГ для КС, к которым коэффициент уровня (подуровня) оказания стационарной медицинской помощи не применяется

Таблица 4

№ КСГ	Наименование КСГ
s t01.001	Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода
s t02.002	Беременность, закончившаяся абортным исходом
s t02.006	Послеродовой сепсис
s t02.012	Операции на женских половых органах (уровень 3)
s t03.002	Ангioneвротический отек, анафилактический шок

t04.001 ^S	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
t09.003 ^S	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)
t09.004 ^S	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)
t09.008 ^S	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)
t09.009 ^S	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)
t09.010 ^S	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)
t10.003 ^S	Аппендэктомия, дети (уровень 1)
t10.005 ^S	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)
t14.001 ^S	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
t15.005 ^S	Эпилепсия, судороги (уровень 1)
t15.008 ^S	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)
t15.009 ^S	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)
t16.003 ^S	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии
t16.005 ^S	Сотрясение головного мозга
t16.010 ^S	Операции на периферической нервной системе (уровень 2)
t16.011 ^S	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)
t20.008 ^S	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
t20.009 ^S	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)
t20.010 ^S	Замена речевого процессора
t21.004 ^S	Операции на органе зрения (уровень 4)
t21.006 ^S	Операции на органе зрения (уровень 6)
t21.009 ^S	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
t27.001 ^S	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка двенадцатиперстной кишки
t27.003 ^S	Болезни желчного пузыря
t27.005 ^S	Гипертоническая болезнь в стадии обострения

t27.006	s (уровень 1)	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца
t27.010	s	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания
t28.004	s (уровень 3)	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения
t28.005	s (уровень 4)	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения
t29.002	s	Переломы шейки бедра и костей таза
t29.003	s	Переломы бедренной кости, другие травмы области бедра и тазобедренного сустава
t29.004	s	Переломы, вывихи, растяжения области грудной клетки, верхней конечности стопы
t29.005	s	Переломы, вывихи, растяжения области колена и голени
t29.012	s	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)
t29.013	s	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)
t30.004	s	Болезни предстательной железы
t30.008	s	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)
t30.009	s	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)
t30.015	s	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)
t31.002	s	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
t31.009	s	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)
t31.010	s	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)
t31.012	s	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей
t31.018	s	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы
t32.004	s	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)
t32.010	s	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3)
t32.011	s	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)
t32.012	s	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
t32.013	s	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
t32.014	s	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)

t32.015 ^s	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
t36.001 ^s	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
t36.007 ^s	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
t36.009 ^s	Реинфузия аутокрови
t36.010 ^s	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
t36.011 ^s	Экстракорпоральная мембранная оксигенация
t36.024 ^s	Радиойодтерапия
t36.027 ^s	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (инициация)
t36.028 ^s	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 1)
t36.029 ^s	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 2)
t36.030 ^s	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 3)
t36.031 ^s	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 4)
t36.032 ^s	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 5)
t36.033 ^s	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 6)
t36.034 ^s	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 7)
t36.035 ^s	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 8)
t36.036 ^s	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 9)
t36.037 ^s	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 10)
t36.038 ^s	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 11)
t36.039 ^s	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 12)
t36.040 ^s	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 13)
t36.041 ^s	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 14)
t36.042 ^s	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 15)

t36.043	s	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 16)
t36.044	s	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 17)
t36.045	s	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 18)
t36.046	s	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 19)
t36.047	s	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 20)
t37.004	s	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (6 баллов по ШРМ)
t37.024	s	Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы
t37.025	s	Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы
t37.026	s	Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы и с заболеваниями опорно-двигательного аппарата периферической нервной системы (сестринский уход)

Указанный перечень является исчерпывающим

Применение коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП).

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) применяется к отдельным случаям оказания медицинской помощи в соответствии с Требованиями к тарифному соглашению.

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

КСЛП устанавливается на основании объективных критериев, перечень которых приведен в Таблице 5 и в обязательном порядке отражается в реестрах счетов.

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

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

При отсутствии оснований применения КСЛП, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

Стоимость КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» в составе случая лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара определяется без учета коэффициента дифференциации.

Перечень случаев, для которых установлен КСЛП

Таблица 5

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
1	предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний), за исключением случаев, к которым применяется КСЛП, предусмотренный пунктом 2 настоящего перечня	0,2
2	предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний), получающих медицинскую помощь по профилю «Детская онкология» и (или) «Гематология»	0,6
3	оказание медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра и за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки	0,2
4	развертывание индивидуального поста	0,2
5	наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии ¹ , требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации	0,6
6	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 1) ²	0,05
7	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 2) ²	0,47
8	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 3) ²	1,16
9	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 4) ²	2,07
0	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 5) ²	3,49
1	проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов ³	0,15
2	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями*	0,63
3	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями*	1,2

4	1	проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (грипп, COVID-19) в период госпитализации	0,05
---	---	---	------

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

² – перечень возможных операций, а также критерии отнесения соответствующих операций к уровню КСЛП определен Приложениями 3.2.6 и 3.2.7

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

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

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

К таким сопутствующим заболеваниям и осложнениям заболеваний целесообразно относить:

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

Перечень схем сопроводительной лекарственной терапии

КСЛП в случае проведения сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых может быть применен в случае, если проведение сопроводительной терапии предусмотрено соответствующими клиническими рекомендациями, в рамках

госпитализаций в стационарных условиях по КСГ st19.084-st19.089, st19.094-st19.102, st19.125-st19.143.

При использовании схем лекарственной терапии, предусматривающих применение лекарственных препаратов филграстим, деносуаб, эмпэгфилграстим, КСЛП «Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых» не применяется.

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

Код схемы	Описание схемы	Условия применения
s upt01	Филграстим 4 дня введения по 300 мкг	
s upt02	Деносуаб 1 день введения 120 мг	N18.3, N18.4, N18.5 «Хроническая болезнь почки, стадия 3-5» (при клиренсе креатинина <59 мл/мин)
s upt03	Тоцилизумаб 1 день введения 4 мг/кг	
s upt04	Филграстим 8 дней введения по 300 мкг	
s upt05	Эмпэгфилграстим 1 день введения 7,5 мг	
s upt06	Филграстим 10 дней введения по 300 мкг	
s upt07	Микофенолата мофетил 30 дней введения по 500 мг 2 раза в день	
s upt08	Такролимус 30 дней введения по 0,1 мг/кг	
s upt09	Ведолизумаб 1 день введения 300 мг	
s upt10	Инфликсимаб 1 день введения 800 мг	
s upt11	Иммуноглобулин человека нормальный 2 дня введения по 1000 мг/кг	
s upt12	Иммуноглобулин анти timocитарный 8-14 дней введения 10-20 мг/кг	

Проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (грипп, COVID-19) в период госпитализации

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

Особенности формирования отдельных КСГ

Особенности формирования КСГ для случаев лечения пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 (КСГ 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.

Соответствие степени тяжести течения заболевания отдельным КСГ:

- КСГ st12.015 - Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1) - легкое течение (иной классификационный критерия отнесения к КСГ «stt1»);
- КСГ st12.016 - Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2) - среднетяжелое течение (классификационный критерия отнесения к КСГ «stt2»);
- КСГ st12.017 - Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3) - тяжелое течение (иной классификационный критерия отнесения к КСГ «stt3»);
- КСГ st12.018- Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4) - крайне тяжелое течение (иной классификационный критерия отнесения к

КСГ «stt4»).

Для КСГ среднетяжелого, тяжелого и крайне тяжелого течения выделены подгруппы в зависимости от применяемых препаратов упреждающей противовоспалительной терапии:

- КСГ st12.016.1 - Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2), схема без применения моноклональных антител (иной классификационный критерия отнесения к КСГ «stt2.1»);

- КСГ st12.016.2 - Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2), схема с применением моноклональных антител (иной классификационный критерия отнесения к КСГ «stt2.2»);

- КСГ st12.017.1 - Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3) схема без применения моноклональных антител - тяжелое течение (иной классификационный критерия отнесения к КСГ «stt3.1»);

- КСГ st12.017.2 - Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3) схема с применением моноклональных антител (олокизумаб, левилимаб, тоцилизумаб,) - тяжелое течение (иной классификационный критерия отнесения к КСГ «stt3.2»);

- КСГ st12.017.3 - Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3) схема с применением моноклональных антител (сарилумаб) - тяжелое течение (иной классификационный критерия отнесения к КСГ «stt3.3»);

- КСГ st12.018.1- Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4) схема без применения моноклональных антител - крайне тяжелое течение (иной классификационный критерия отнесения к КСГ «stt4.1»).

- КСГ st12.018.2- Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4) схема с применением моноклональных антител (олокизумаб, левилимаб, тоцилизумаб,) - крайне тяжелое течение (иной классификационный критерия отнесения к КСГ «stt4.2»).

- КСГ st12.018.3- Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4) схема с применением моноклональных антител (сарилумаб) - крайне тяжелое течение (иной классификационный критерия отнесения к КСГ «stt4.3»).

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.

Особенности формирования КСГ st29.007 Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма).

Критерии отнесения: комбинация иного классификационного критерия «plt», отражающего наличие травмы в двух и более анатомических областях (голова/шея, позвоночник, грудная клетка, живот, таз, конечности), множественную травму и травму в нескольких областях тела, плюс диагноз, характеризующий тяжесть состояния.

Для кодирования критерия «plt» необходимо наличие травм в 2 и более анатомических областях (голова/шея, позвоночник, грудная клетка, живот, таз, конечности – минимум 2 кода МКБ-10) или одного диагноза множественной травмы и травмы в нескольких областях тела. Распределение кодов МКБ-10, которые участвуют в формировании группы st29.007 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)», по анатомическим областям приведено в таблице 6.

Таблица 6

Код анатомич. области	Анатомическая область	Коды МКБ-10
T1	Голова/шея	S02.0, S02.1, S04.0, S05.7, S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7, S07.0, S07.1, S07.8, S09.0, S11.0, S11.1, S11.2, S11.7, S15.0, S15.1, S15.2, S15.3, S15.7, S15.8, S15.9, S17.0, S17.8, S18
T2	Позвоночник	S12.0, S12.9, S13.0, S13.1, S13.3, S14.0, S14.3, S22.0, S23.0, S23.1, S24.0, S32.0, S32.1, S33.0, S33.1, S33.2, S33.4, S34.0, S34.3, S34.4
T3	Грудная клетка	S22.2, S22.4, S22.5, S25.0, S25.1, S25.2, S25.3, S25.4, S25.5, S25.7, S25.8, S25.9, S26.0, S27.0, S27.1, S27.2, S27.4, S27.5, S27.6, S27.8, S28.0, S28.1
T4	Живот	S35.0, S35.1, S35.2, S35.3, S35.4, S35.5, S35.7, S35.8, S35.9, S36.0, S36.1, S36.2, S36.3, S36.4, S36.5, S36.8, S36.9, S37.0, S38.3
T5	Таз	S32.3, S32.4, S32.5, S36.6, S37.1, S37.2, S37.4, S37.5, S37.6, S37.8, S38.0, S38.2
T6	Конечности	S42.2, S42.3, S42.4, S42.8, S45.0, S45.1, S45.2, S45.7, S45.8, S47, S48.0, S48.1, S48.9, S52.7, S55.0, S55.1, S55.7, S55.8, S57.0, S57.8, S57.9, S58.0, S58.1, S58.9, S68.4, S71.7, S72.0, S72.1, S72.2, S72.3, S72.4, S72.7, S75.0, S75.1, S75.2, S75.7, S75.8, S77.0, S77.1, S77.2, S78.0, S78.1, S78.9, S79.7, S82.1, S82.2, S82.3, S82.7, S85.0, S85.1, S85.5, S85.7, S87.0, S87.8, S88.0, S88.1, S88.9, S95.7, S95.8, S95.9, S97.0, S97.8, S98.0
T7	Множественная травма и травма в нескольких областях тела	S02.7, S12.7, S22.1, S27.7, S29.7, S31.7, S32.7, S36.7, S38.1, S39.6, S39.7, S37.7, S42.7, S49.7, T01.1, T01.8, T01.9, T02.0, T02.1, T02.2, T02.3, T02.4, T02.5, T02.6, T02.7, T02.8, T02.9, T04.0, T04.1, T04.2, T04.3, T04.4, T04.7, T04.8, T04.9, T05.0, T05.1, T05.2, T05.3, T05.4, T05.5, T05.6, T05.8, T05.9, T06.0, T06.1, T06.2, T06.3, T06.4, T06.5, T06.8, T07

Комбинация кодов, определяющих политравму (Т1-Т6), должна быть из разных анатомических областей.

В качестве кода дополнительного диагноза, характеризующего тяжесть состояния, должен быть использован как минимум один из нижеследующих диагнозов: J94.2, J94.8, J94.9, J93, J93.0, J93.1, J93.8, J93.9, J96.0, N17, T79.4, R57.1, R57.8.

Особенности формирования КСГ по профилю «Комбустиология».

Критерии отнесения: комбинация диагнозов.

КСГ по профилю «Комбустиология» (ожоговые группы) формируются методом комбинации двух диагнозов (в индивидуальном счете заполняются как основной и сопутствующий), один из которых характеризует степень ожога, а другой площадь ожога.

№ КСГ	Наименование КСГ	Комментарий (модель)	Коды МКБ-10	Дополнительные коды МКБ-10
33.001 st	Отморожения (уровень 1)	Лечение пострадавших с поверхностными отморожениями	T33.0 - T33.9, T35.0	
33.002 st	Отморожения (уровень 2)	Лечение пострадавших с отморожением, некрозом ткани	T34, T34.0 - T34.9, T35.1-T35.7	
33.003 st	Ожоги (уровень 1)	Лечение пострадавших с поверхностными ожогами 1-2 ст. (площадью менее 10%)	T20.1, T20.2, T20.5, T20.6, T21.1, T21.2, T21.5, T21.6, T22.1, T22.2, T22.5, T22.6, T23.1, T23.2, T23.5, T23.6, T24.1, T24.2, T24.5, T24.6, T25.1, T25.2, T25.5, T25.6, T29.1, T29.2, T29.5, T29.6, T30.0, T30.1, T30.2, T30.4, T30.5	T31.0, T32.0
33.004 st	Ожоги (уровень 2)	Лечение пострадавших с поверхностными ожогами 1-2 ст. (площадью 10% и более)	T20.1, T20.2, T20.5, T20.6, T21.1, T21.2, T21.5, T21.6, T22.1, T22.2, T22.5, T22.6, T23.1, T23.2, T23.5, T23.6, T24.1, T24.2, T24.5, T24.6, T25.1, T25.2, T25.5, T25.6, T29.1, T29.2, T29.5, T29.6, T30.0, T30.1, T30.2,	T31.1-T31.9, T32.1-T32.7

№ КСГ	Наименование КСГ	Комментарий (модель)	Коды МКБ-10	Дополнительные коды МКБ-10
			T30.4, T30.5, T30.6	
st 33.005	Ожоги (уровень 3)	Лечение пострадавших с глубокими ожогами 3 ст. (площадью менее 10%)	T20.0, T20.3, T20.4, T20.7, T21.0, T21.3, T21.4, T21.7, T22.0, T22.3, T22.4, T22.7, T23.0, T23.3, T23.4, T23.7, T24.0, T24.3, T24.4, T24.7, T25.0, T25.3, T25.4, T25.7, T29.0, T29.3, T29.4, T29.7, T30.3, T30.7	T31.0, T32.0
st 33.006	Ожоги (уровень 4)	Лечение пострадавших с глубокими ожогами 3 ст. (площадью 10% - 29%)	T20.0, T20.3, T20.4, T20.7, T21.0, T21.3, T21.4, T21.7, T22.0, T22.3, T22.4, T22.7, T23.0, T23.3, T23.4, T23.7, T24.0, T24.3, T24.4, T24.7, T25.0, T25.3, T25.4, T25.7, T29.0, T29.3, T29.4, T29.7, T30.3, T30.7	T31.1, T31.2, T32.1, T32.2
		Термические и химические ожоги внутренних органов	T27.0, T27.1, T27.2, T27.3, T27.4, T27.5, T27.6, T27.7	
st 33.007	Ожоги (уровень 5)	Лечение пострадавших с глубокими ожогами 3 ст. (площадью более 30%)	T20.0, T20.3, T20.4, T20.7, T21.0, T21.3, T21.4, T21.7, T22.0, T22.3, T22.4, T22.7, T23.0, T23.3, T23.4, T23.7, T24.0, T24.3, T24.4, T24.7, T25.0, T25.3, T25.4, T25.7, T29.0, T29.3, T29.4, T29.7, T30.3, T30.7	T31.3, T31.4, T31.5, T31.6, T31.7, T31.8, T31.9, T32.3, T32.4, T32.5, T32.6, T32.7, T32.8, T32.9

Исключением являются ожоги дыхательной системы (коды МКБ-10), при наличии которых случай относится к КСГ st33.006 Ожоги (уровень 4)

независимо от степени и площади ожога туловища.

Ожоги рта и глотки относятся к КСГ st27.004 Другие болезни органов пищеварения, взрослые и КСГst22.002 Другие болезни органов пищеварения, дети.

28.5	T	Химический ожог рта и глотки	st 27.004	Другие болезни органов пищеварения взрослые
28.5	T	Химический ожог рта и глотки	st 22.002	Другие болезни органов пищеварения дети
28.0	T	Термический ожог рта и глотки	st 27.004	Другие болезни органов пищеварения взрослые
28.0	T	Термический ожог рта и глотки	st 22.002	Другие болезни органов пищеварения дети

Особенности формирования КСГ st26.001.2 Болезни полости рта, требующие оказания стоматологической помощи под общим обезболиванием, дети и КСГ st 34.001.2 Болезни полости рта, требующие оказания стоматологической помощи под общим обезболиванием, взрослые

Критерий отнесения к данным КСГ код стоматологической услуги (из справочника КСГ Номенклатура). Код услуги является определяющим для отнесения случая к КСГ st26.001.2 и КСГ st 34.001.2 с соответствующими коэффициентом затратоемкости, коэффициентом специфики, а также коэффициентом оплаты прерванных случаев (значения коэффициентов в приложении 3.2.1).

Особенности формирования КСГ st25.004 Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы.

Данные КСГ предназначены для оплаты краткосрочных (не более трех дней) случаев госпитализации, целью которых является затратоемкое диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения.

Отнесение к данным КСГ производится по комбинации критериев: услуга, представляющая собой метод диагностического обследования, и терапевтический диагноз, в том числе относящийся к диапазонам «I.» и Q20-Q28 по МКБ 10 для болезней системы кровообращения.

Особенности формирования КСГ для случаев проведения тромболитической терапии при инфаркте миокарда и легочной эмболии (КСГ st13.008-st13.010).

Отнесение к КСГ случаев проведения тромболитической терапии при инфаркте миокарда и легочной эмболии осуществляется на основании иных классификационных критериев «flt1»-«flt5», соответствующих МНН применяемых лекарственных препаратов (см. справочник «МНН ЛП»). Описание группировки указанных КСГ представлено в таблице.

код МНН	МНН лекарственных препаратов	К код КСГ	Наименование КСГ
lt1	Стрептокиназа	3.008 st1	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 1)*
lt2	Рекомбинантный белок, содержащий аминокислотную последовательность стафилокиназы	3.009 st1	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 2)
lt3	Проурокиназа		
lt4	Алтеплаза	3.010 st1	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 3)
lt5	Тенектеплаза		

<*> Оплата по КСГ осуществляется в случае назначения лекарственного препарата по решению врачебной комиссии.

Особенности формирования КСГ для оплаты случаев лечения сепсиса

Отнесение к КСГ, применяемым для оплаты случаев лечения сепсиса (st12.005, st12.006, st12.007) осуществляется по сочетанию кода диагноза МКБ 10 и возрастной категории пациента и/или иного классификационного критерия «it1». Необходимо учитывать, что сепсис может являться как основным поводом для госпитализации, так и осложнением в ходе продолжающегося лечения основного заболевания. Таким образом, при кодировании случаев лечения сепсиса соответствующий диагноз необходимо указывать либо в столбце «Основной диагноз», либо в столбце «Диагноз осложнения». При этом отнесение к указанным КСГ с учетом возрастной категории и/или критерия «it1» сохраняется вне зависимости от того, в каком столбце указан код диагноза.

В случае возникновения септических осложнений в ходе

госпитализации по поводу ожогов, в целях корректного кодирования случая лечения диагноз септического осложнения также необходимо указывать в столбце «Диагноз осложнения». При этом порядок кодирования по классификационным критериям КСГ профиля «Комбустиология» не изменяется (см. раздел «Особенности формирования КСГ по профилю «Комбустиология»).

Особенности формирования КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией»

Оплата случаев лечения соматических заболеваний, осложненных старческой астенией КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией» формируется с учетом двух классификационных критериев – основного диагноза пациента (из установленного Расшифровкой групп перечня) и сопутствующего диагноза пациента (R54 Старческая астения).

Обязательным условием для оплаты медицинской помощи по данной КСГ является лечение на геронтологической профильной койке.

Группы, формируемые с учетом возраста пациентов.

Критерий отнесения: возраст и сопутствующий диагноз.

КСГ st10.001 Детская хирургия, уровень 1

КСГ st10.002 Детская хирургия, уровень 2

При отнесении случая к КСГ st10.002, для доношенных детей критерием новорожденности является возраст не более 28 дней.

Для недоношенных детей отнесение к данным группам КСГ может производиться в период не более 90 дней со дня рождения. При этом должен быть указан основной диагноз (являющийся поводом к госпитализации) и сопутствующий диагноз – недоношенность. Недоношенность обозначается кодами диагноза МКБ 10 P05.0, P05.1, P05.2, P05.9, P07.0, P07.1, P07.2, P07.3.

Дети возрастом от 90 дней до года классифицируются по тем же операциям в КСГ st10.001.

Особенности формирования КСГ st17.003 «Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций»

Классификационным критерием группировки также является возраст.

Формирование данной группы осуществляется с применением кодов номенклатуры:

Код услуги	Наименование услуги
A16.09. 011.002	Неинвазивная искусственная вентиляция легких
A16.09. 011.003	Высокочастотная искусственная вентиляция легких
A16.09. 011.004	Синхронизированная перемежающаяся принудительная вентиляция легких

Отнесение к данной КСГ производится в следующих случаях:

- если новорожденный ребенок характеризуется нормальной массой тела при рождении, но страдает заболеванием, требующем использования искусственной вентиляции легких. В этом случае критерием новорожденности является возраст не более 28 дней;

- если ребенок имел при рождении низкую массу тела, но госпитализируется по поводу другого заболевания, требующего использования искусственной вентиляции легких. В этом случае отнесение к данной группе может производиться в период не более 90 дней со дня рождения; должен быть указан основной диагноз (являющийся поводом к госпитализации) и дополнительный диагноз – недоношенность (обозначается кодами МКБ 10 диагноза P05.0, P05.1, P05.2, P05.9, P07.0, P07.1, P07.2, P07.3).

Особенности формирования КСГ st36.025, st36.026 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции»

Оплата случаев иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции дифференцирована на две КСГ уровень 1 и уровень 2 в зависимости от возраста ребенка. При этом МНН лекарственного препарата и конкретизация возраста ребенка закодирована в ином классификационном критерии:

- irs1 «паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (дети до 2-х месяцев, включительно)»;
- irs2 «паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (дети старше 2-х

месяцев)»).

Для отнесения к КСГ st36.025, st36.026 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».

Детальное описание группировки указанных КСГ для круглосуточного и дневного стационара представлено в таблице.

КСГ	Основной диагноз (Код МКБ-10)	Дополнительный диагноз (Код МКБ-10)	Возраст	Иной классификационный критерий	Описание классификационного критерия
st36.025 или ds36.012 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)»	Z25.8			irs1	Паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (дети до 2-х месяцев, включительно)
st36.025 или ds36.012 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)»		Z25.8		irs1	Паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (дети до 2-х месяцев, включительно)

КСГ	Основной диагноз (Код МКБ- 10)	Дополнительный диагноз (Код МКБ- 10)	возраст	Иной классификационный критерий	Описание классификационного критерия
st36.026 или ds36.013 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)»	Z2 5.8			irs 2	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)»		Z 25.8		irs 2	Паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (дети старше 2-х месяцев)

Особенности формирования КСГ по профилю «Офтальмология».

Оплата по КСГ услуги А16.26.046.001 «Эксимерлазерная фототерапевтическая кератэктомия» осуществляется только при лечении эрозии, язвы роговицы, кератита, помутнения роговицы, возникшего вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности компенсации вызванной ими иррегулярности роговицы с помощью очковой или контактной коррекции, услуг А16.26.046.002 «Эксимерлазерная фоторефракционная кератэктомия» и А16.26.047 «Кератомилез» – при коррекции астигматизма или иррегулярности роговицы, возникших вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности их компенсации с помощью очковой или контактной коррекции. Аналогичные принципы применяются для медицинской услуги А16.26.046 «Кератэктомия».

Кодирование медицинского вмешательства по коду услуги А16.26.093 «Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация» возможно только при наличии противопоказаний к имплантации интраокулярной линзы, отраженных в первичной медицинской документации.

Выявление данных случаев необходимо осуществлять в рамках проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования.

Кодирование медицинского вмешательства по КСГ st21.006 «Операции на органе зрения (уровень 6)» по коду услуги A16.26.089 «Витреэктомия» не допускается при проведении передней витреэктомии - данные вмешательства должны кодироваться по КСГ st21.003 «Операции на органе зрения (уровень 3)» по коду услуги A16.26.089.001 «Витреэктомия передняя».

Особенности формирования КСГ акушерско-гинекологического профиля

Отнесение к КСГ st02.003 «Родоразрешение» при любом основном диагнозе класса XV. Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99), включенном в данную КСГ, производится при комбинации с любой из следующих услуг:

V01.001.006	Ведение патологических родов врачом-акушером-гинекологом
V01.001.009	Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом
V02.001.002	Ведение физиологических родов акушеркой
A16.20.007	Пластика шейки матки
A16.20.015	Восстановление тазового дна
A16.20.023	Восстановление влагалищной стенки
A16.20.024	Реконструкция влагалища
A16.20.030	Восстановление вульвы и промежности

Если при наличии диагноза класса XV. Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99) нет закодированных услуг, соответствующих родоразрешению, случай относится к КСГ st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью».

Большинство услуг, представляющих собой акушерские манипуляции, операции, не используется в группировке в связи с нецелесообразностью их использования как основного критерия отнесения к конкретной КСГ. Это, например, следующие услуги:

Код услуги	Наименование услуги
A16.20.0 05.001	Расширение шейчного канала
A16.20.0 70	Наложение акушерских щипцов
A16.20.0 71	Вакуум-экстракция плода

Код услуги	Наименование услуги
A16.20.0 71.001	Экстракция плода за тазовый конец
A16.20.0 73	Ручное пособие при тазовом предлежании плода (по Цовьянову)
A16.20.0 73.001	Поворот плода за ножку
A16.20.0 73.002	Классическое ручное пособие при тазовом предлежании плода
A16.20.0 76	Наложение гемостатических компрессионных швов (B-lunch)
A16.20.0 76.001	Наложение клемм по Бакшееву
A16.20.0 76.002	Наложение клемм по Генкелю-Тиканадзе
A16.20.0 77	Установка внутриматочного баллона
A16.20.0 73.003	Ручное отделение плаценты и выделение последа

Такой подход в полной мере соответствует заранее заложенному в основу формирования КСГ принципу и ни в коей мере не означает, что проведение таких операций при родоразрешении или искусственном аборте не финансируется системой ОМС. Он означает, что их проведение уже учтено при расчете коэффициента относительной затратоемкости случаев в соответствующей КСГ.

При выполнении операции кесарева сечения (A16.20.005 «Кесарево сечение») случай относится к КСГ st02.004 вне зависимости от диагноза.

С целью снижения стимулов к искажению статистики и перевода пациентов в более затратные категории, в группировщике предусмотрено однозначное отнесение к КСГ st02.003 «Родоразрешение» комбинаций диагнозов, входящих в КСГ st02.003, и следующих услуг:

- A16.20.007 «Пластика шейки матки»;
- A16.20.015 «Восстановление тазового дна»;
- A16.20.023 «Восстановление влагалищной стенки»;
- A16.20.024 «Реконструкция влагалища»;
- A16.20.030 «Восстановление вульвы и промежности».

Если в ходе оказания медицинской помощи роженице выполнялась операция, входящая в КСГ st02.012 или st02.013 (операции на женских половых органах уровней 3 и 4), например, субтотальная или тотальная гистерэктомия, отнесение случая производится к КСГ по коду операции.

Как указывалось ранее, при дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением оплата по двум КСГ (st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение» или st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение» возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более.

При этом оплата по 2 КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

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

КСГ st01.001 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» может быть подана на оплату только медицинскими организациями, имеющими в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода.

Особенности формирования КСГ st36.028-st36.047 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровни 1-20)»

Отнесение к данным КСГ производится по комбинации иного классификационного критерия из диапазона «gsh001»-«gsh121», соответствующего МНН лекарственного препарата, наименованию и описанию схемы, количеству дней введения в соответствии со справочником «ГИБП, схемы ЛТ» файла «Расшифровка групп» и кода возраста «5» (от 0 дней до 18 лет) или «6» (старше 18 лет). Код возраста применяется в случае, если лекарственный препарат в соответствии с инструкцией по применению назначается в дозе из расчёта на кг веса (мг/кг), и данная дозировка совпадает для пациентов в возрасте от 0 дней до 18 лет и пациентов старше 18 лет.

Периодичность подачи счетов на оплату случаев госпитализации при лечении одного пациента по КСГ st36.028-st36.047 определяется инструкцией

к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по соответствующей нозологии.

Выбор КСГ для оплаты случая лечения осуществляется по общим правилам. В ряде случаев стоимость КСГ, определенной по коду основного заболевания, превышает стоимость КСГ с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (далее – ГИБП и СИ), и оплата в данном случае может осуществляться по КСГ, определенной по коду основного заболевания, при этом учитывается фактическая длительность лечения и наличие у КСГ, определяемой по коду основного заболевания, признака прерванности, в случае длительности госпитализации менее 3-х дней.

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

Особенности формирования КСГ st36.027 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (инициация)»

Указанная КСГ применяются для оплаты проведения инициации или замены ГИБП и СИ для заболеваний и состояний, по которым не предусмотрена инициация или замена ГИБП и СИ, либо предусмотрено назначение только ГИБП без возможности применения СИ, в рамках оказания ВМП.

Необходимо отметить, что поликомпонентная лекарственная терапия с включением (инициацией и заменой) ГИБП и СИ предполагает возможность повторной госпитализации, требующейся в связи с применением насыщающих доз в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата как в рамках модели КСГ, так и при оказании ВМП.

Отнесение к данным КСГ производится по следующим комбинациям:

- кода МКБ-10, кода возраста «б» (старше 18 лет) и кода иного классификационного критерия «in», соответствующего терапии с инициацией или заменой генно-инженерных биологических лекарственных препаратов или селективных иммунодепрессантов;

- кода МКБ-10, кода возраста «б» (старше 18 лет) и кода иного классификационного критерия «inc», соответствующего терапии с инициацией или заменой селективных иммунодепрессантов;

- кода МКБ-10 и кода иного классификационного критерия «in», соответствующего терапии с инициацией или заменой генно-инженерных биологических лекарственных препаратов или селективных иммунодепрессантов.

Особенности формирования КСГ, классифицирующих случаи диагностики и лечения злокачественных новообразований

Лекарственная терапия злокачественных новообразований (КСГ st08.001-st08.003, st19.090-st19.102, st19.144-st19.162)

Отнесение случаев к группам st19.144-st19.162, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у взрослых (кроме ЗНО кроветворной и лимфоидной ткани), осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» (C00-C80, C97, D00-D09) и кода схемы лекарственной терапии (sh0001 – sh9003).

При этом указание в реестре счетов на оплату медицинской помощи услуги А25.30.033 «Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у взрослых» аналогично другим услугам, в том числе не являющимся тарифообразующими, возможно в соответствии с Общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79.

За законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, указанному в столбце «Количество дней введения в тарифе» листа «Онкология, схемы ЛТ».

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

Пример 1: схема sh0024 – Винорелбин 25-30 мг/м² в 1-й, 8-й дни; цикл 21 день

Количество дней введения в тарифе – 1.

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

Схема sh0024.1 – Винорелбин 25-30 мг/м² в 1-й, 8-й дни; цикл 21 день

Количество дней введения в тарифе – 2.

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

Пример 2: схема sh0695 – Фторурацил 375-425 мг/м² в 1-5-й дни + кальция фолинат 20 мг/м² в 1-5-й дни; цикл 28 дней

Количество дней введения в тарифе – 5.

В один законченный случай входит пять последовательных дней

введения лекарственных препаратов одному больному; соответственно, за каждый 28-дневный цикл у одного больного предусмотрена одна госпитализация. При применении данной схемы в каждый день введения больной получает 2 лекарственных препарата.

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

В случае применения многокомпонентной схемы, в которой в первое введение вводится несколько препаратов, а в последующие введения вводится один препарат, стоимость КСГ рассчитана по принципу усреднения затрат и распределена равномерно между введениями в рамках цикла. В указанных случаях для всех введений должен использоваться одинаковый код схемы.

Например:

Пациенту проводится химиотерапия в режиме винорелбин 25 мг/м² в 1-й, 8-й дни + трастузумаб 6 мг/кг (нагрузочная доза 8мг/кг) в 1-й день; цикл 21 день.

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

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

Нагрузочные дозы отражены в названии и описании схемы, *Например: Схема sh0218 Цетуксимаб (описание схемы - Цетуксимаб 250 мг/м² (нагрузочная доза 400 мг/м²) в 1-й день; цикл 7 дней) – подразумевает нагрузочную дозу цетуксимаба 400 мг/м².*

В расчете стоимости случаев лекарственной терапии с применением схем лекарственной терапии, включающих «трастузумаб» с режимом дозирования, учтена возможность изменения режима дозирования на «600

мг» в соответствии с клиническими рекомендациями и инструкциями к лекарственным препаратам.

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

В то же время ввиду того, что в описании схем лекарственной терапии указываются только противоопухолевые лекарственные препараты, при соблюдении применения всех лекарственных препаратов, указанных в составе схемы лекарственной терапии, в случае назначения дополнительных лекарственных препаратов, применяемых в качестве сопроводительной терапии, случай кодируется по коду основной схемы, а назначение дополнительных лекарственных препаратов, не относящихся к противоопухолевой лекарственной терапии, не может служить основанием для применения кода схемы sh9003 в целях кодирования случая противоопухолевой лекарственной терапии.

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

Отнесение случаев к группам st08.001-st08.003 охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у детей, производится на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С, D45-D47», кодов Номенклатуры и возраста – менее 18 лет. Отнесение к указанным КСГ производится по коду Номенклатуры – А25.30.014 Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у детей.

Отнесение к КСГ st19.090-st19.102 осуществляется по сочетанию кода МКБ-10 (коды С81-С96, D45-D47), кода длительности госпитализации, а также, при наличии, кода МНН или АТХ группы применяемых лекарственных препаратов.

Длительность госпитализации распределена на 4 интервала:

«1» – пребывание до 3 дней включительно,

«2» – от 4 до 10 дней включительно,

«3» – от 11 до 20 дней включительно,

«4» – от 21 до 30 дней включительно.

Перечень кодов МНН лекарственных препаратов, для которых предусмотрена оплата по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей (st19.097-st19.102), с расшифровкой содержится на вкладке «МНН ЛП» файла «Расшифровка групп» (коды gemop1-gemop14, gemop16-gemop18, gemop20-gemop26). Для случаев применения иных лекарственных препаратов, относящихся к АТХ группе «L» – противоопухолевые препараты и иммуномодуляторы, – предусмотрен код «gem» (вкладка «ДКК» файла «Расшифровка групп»), используемый для формирования КСГ st19.094-st19.096 (ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия,

взрослые, уровни 1-3). Учитывая, что при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей в ряде случаев длительность госпитализации может значительно превышать 30 дней, предполагается ежемесячная подача счетов на оплату, начиная с 30 дней с даты госпитализации. Для каждого случая, предъявляемого к оплате, отнесение к КСГ осуществляется на основании критериев за период, для которого формируется счет.

Пример:

Пациент находился в стационаре в течение 40 дней. При этом на 25-ый день госпитализации ему был введен однократно даратумумаб, более никаких препаратов из перечня (справочник гетор1-гетор14, гетор16-гетор18, гетор20-гетор26) не вводилось, но вводились другие лекарственные препараты с кодом АТХ «L».

Данный случай целесообразно подать к оплате по истечении 30 дней по КСГ st19.102 «ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень б)» (код длительности – «4», код МНН – «геторб»), а за оставшиеся 10 дней – по КСГ st19.094 «ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)» (код длительности – «2», код АТХ – «гет»).

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

КСГ st19.037 «Фебрильная нейтропения, агранулоцитоз вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований»

Данная КСГ применяется в случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз являются основным поводом для госпитализации после перенесенного специализированного противоопухолевого лечения. В случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз развивается у больного в ходе госпитализации с целью проведения специализированного противоопухолевого лечения, оплата производится по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Отнесение случаев лечения к КСГ st19.037 осуществляется по сочетанию двух кодов МКБ-10 (С. и D70 Агранулоцитоз). Учитывая, что кодирование фебрильной нейтропии, агранулоцитоза по КСГ st19.037 осуществляется в случаях госпитализации по поводу осложнений

специализированного противоопухолевого лечения, в столбце «Основной диагноз» необходимо указать диагноз, соответствующий злокачественному заболеванию, а код D70 необходимо указать в столбце «Диагноз осложнения». В случае если код D70 указан в столбце «Основной диагноз», случай лечения будет отнесен к другой КСГ, не связанной с лечением злокачественного новообразования.

КСГ st19.038 «Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований»

Данная КСГ применяется в случаях, когда установка, замена порт-системы являются основным поводом для госпитализации. Если больному в рамках одной госпитализации устанавливают, меняют порт-систему (катетер) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения, оплата осуществляется по двум КСГ.

Отнесение случая к КСГ st19.038 осуществляется по кодам МКБ 10 (С., D00-D09) и коду Номенклатуры А11.12.001.002 «Имплантация подкожной венозной порт-системы». При этом по коду данной услуги также допустимо кодирование установки и замены периферического венозного катетера – ПИК-катетера (ввиду отсутствия соответствующей услуги в Номенклатуре).

Лучевая терапия КСГ st19.075-st19.082

Отнесение к соответствующей КСГ случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, а также в ряде случаев – количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций).

Справочник диапазонов числа фракций (столбец «Диапазон фракций» листа «Группировщик»)

Диапазон фракций	Расшифровка
fr01-05	Количество фракций от 1 до 5 включительно
fr06-07	Количество фракций от 6 до 7 включительно
fr08-10	Количество фракций от 8 до 10 включительно
fr11-20	Количество фракций от 11 до 20 включительно
fr21-29	Количество фракций от 21 до 29 включительно
fr30-32	Количество фракций от 30 до 32 включительно
fr33-99	Количество фракций от 33 включительно и более

В случае отсутствия указания кода диапазона фракций в Расшифровке групп, отнесение случая к соответствующей КСГ осуществляется вне зависимости от числа фракций.

Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией КСГ st19.084 -st19.089

Для оплаты случаев лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией и лекарственными препаратами предусмотрены соответствующие КСГ. Отнесение к группам осуществляется по коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой с учетом количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций) (при наличии), а также кода МНН лекарственных препаратов.

В случае отсутствия указания кода диапазона фракций в Расшифровке групп, отнесение случая к соответствующей КСГ осуществляется вне зависимости от числа фракций.

Перечень кодов МНН лекарственных препаратов, для которых предусмотрена оплата по КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией, с расшифровкой содержится на вкладке «МНН ЛП» файла «Расшифровка групп».

В случае применения лекарственных препаратов, не относящихся к перечню МНН лекарственных препаратов на вкладке «МНН ЛП» файла «Расшифровка групп», предусмотренных для отнесения к КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией, оплата случая осуществляется по КСГ, определенной исходя из действующего алгоритма группировки.

Хирургическая онкология

Отнесение к КСГ производится при комбинации диагнозов С00-С80, С97 и D00-D09 и услуг, обозначающих выполнение оперативного вмешательства.

Если больному со злокачественным новообразованием выполнялось оперативное вмешательство, не являющееся классификационным критерием для онкологических хирургических групп, то отнесение такого случая к КСГ производится по общим правилам, то есть к КСГ, формируемой по коду

выполненного хирургического вмешательства.

В случае если злокачественное новообразование выявлено в результате госпитализации с целью оперативного лечения по поводу неонкологического заболевания (доброкачественное новообразование, кишечная непроходимость и др.) отнесение к КСГ и оплата осуществляются в соответствии с классификационными критериями по коду медицинской услуги без учета кода диагноза злокачественного новообразования.

К таким КСГ относятся:

st1 9.001	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st1 9.002	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st1 9.003	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3)
st1 9.004	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st1 9.005	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st1 9.006	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1)
st1 9.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
st1 9.008	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3)
st1 9.009	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
st1 9.010	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
st1 9.011	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3)
st1 9.012	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 1)
st1 9.013	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 2)
st1 9.014	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1)

st1 9.015	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2)
st1 9.016	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы (уровень 1)
st1 9.017	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы (уровень 2)
st1 9.018	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1)
st1 9.019	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2)
st1 9.020	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3)
st1 9.021	Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости
st1 9.022	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях
st1 9.023	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st1 9.024	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st1 9.025	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1)
st1 9.026	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2)
st1 9.123	Прочие операции при ЗНО (уровень 1)
st1 9.124	Прочие операции при ЗНО (уровень 2)

Лечение лучевых повреждений

КСГ st19.103 «Лучевые повреждения», st19.104 «Эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях». При этом эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях относится в том числе к хирургической онкологии.

Формирование КСГ «Лучевые повреждения» осуществляется на основании сочетания кода МКБ 10, соответствующего лучевым повреждениям, дополнительного кода С., а также иного классификационного

критерия «olt», отражающего состояние после перенесенной лучевой терапии.

Формирование КСГ ««Эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях» осуществляется на основании сочетания кода МКБ 10, соответствующего лучевым повреждениям, дополнительного кода С., иного классификационного критерия «olt», отражающего состояние после перенесенной лучевой терапии, а также следующих кодов Номенклатуры:

A16.30.022 Эвисцерация малого таза;

A16.30.022.001 Эвисцерация малого таза с реконструктивно-пластическим компонентом.

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

Отнесение к данной КСГ производится, если диагноз относится к классу С, при этом больному не оказывалось услуг, являющихся классификационным критерием (химиотерапии, лучевой терапии, хирургической операции). Данная группа может применяться в случае необходимости проведения поддерживающей терапии и симптоматического лечения.

При экспертизе качества медицинской помощи целесообразно обращать внимание на обоснованность подобных госпитализаций.

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

КСГ st27.014 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой (подтверждением) диагноза злокачественного новообразования»

Отнесение случая к этой группе осуществляется с применением соответствующего кода номенклатуры из раздела «В». Данная группа предназначена в основном как для оплаты случаев госпитализаций в отделения/медицинские организации неонкологического профиля, когда в ходе обследования выявлено злокачественное новообразование с последующим переводом (выпиской) больного для лечения в профильной организации, так и для оплаты случаев госпитализации в отделения онкологического профиля с диагностической целью, включая также необходимость проведения биопсии.

КСГ st19.122 «Поздний посттрансплантационный период после пересадки костного мозга»

Отнесение к КСГ st19.122 осуществляется по коду иного классификационного критерия «rbpt», соответствующего посттрансплантационному периоду для пациентов, перенесших трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток крови и костного мозга (от 30 до 100 дней).

Особенности формирования реанимационных КСГ

Отнесение к КСГ st36.009 «Реинфузия аутокрови», КСГ st36.010 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация» и КСГ st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация» осуществляется соответственно по следующим кодам услуг Номенклатуры:

Код услуги	Наименование услуги
A16.20.0 78	Реинфузия аутокрови (с использованием аппарата cell-saver)
A16.12.0 30	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
A16.10.0 21.001	Экстракорпоральная мембранная оксигенация

Оплата случаев лечения с применением данных медицинских услуг осуществляется по двум КСГ – по сочетанию КСГ для оплаты лечения основного заболевания, являющегося поводом для госпитализации, и одной из вышеуказанных КСГ.

Отнесение случаев лечения пациентов с органной дисфункцией к

КСГ st04.006 «Панкреатит с синдромом органной дисфункции»,
 КСГ st12.007 «Сепсис с синдромом органной дисфункции»,
 КСГ st12.013 «Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции»,

КСГ st27.013 «Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции»,

КСГ st33.008 «Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции» осуществляется с учётом, в том числе, классификационного критерия – «оценка состояния пациента» с кодом «it1».

При этом необходимыми условиями кодирования случаев лечения пациентов с органной дисфункцией являются:

1. Непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 72 часов и более;

2. Оценка по шкале органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA) не менее 5 или оценка по шкале оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA) не менее 4.

Для кодирования признака «it1» должны выполняться одновременно оба условия. За основу берется оценка по шкале SOFA или pSOFA (для лиц младше 18 лет) в наиболее критическом за период госпитализации состоянии пациента.

Оценка состояния пациента по шкале SOFA осуществляется на основе оценки дисфункции шести органных систем (дыхательная, коагуляционная, печеночная, сердечно-сосудистая, неврологическая, почечная). Оценка каждого параметра в 0 баллов соответствует легкой дисфункции, оценка в 4 балла соответствует тяжелой недостаточности.

Градации оценок по шкале SOFA:

Оценка	Показатель	0 балл	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Дыхание	PaO ₂ /F iO ₂ , мм рт.ст.	≥ 400	< 400	< 30 0	< 200	< 100
Сердечно-Сосудистая Система	Средне е АД, мм	≥ 70	< 70	Доф амин < 5	Дофам ин 5-15	Дофам ин >15 или адреналин

Оценка	Показатель	0 балл	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
	рт.ст. или вазопрессоры, мкг/кг/мин			или добутамин (любая доза)	или адреналин < 0,1	> 0,1 или норадреналин > 0,1
Коагуляция	Тромбоциты, 10 ³ /мкл	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Печень	Билирубин, ммоль/л, мг/дл	< 20 < 1,2	20-32 1,2-1,9	33-101 2,0-5,9	102-201 6,0-11,9	>204 ≥ 12,0
Почки	Креатинин, мкмоль/л, мг/дл	< 110 < 1,2	110-170 1,2-1,9	171-299 2,0-3,4	300-440 3,5-4,9	>440 >4,9
ЦНС	Шкала Глазго, баллы	15	13-14	10-12	6-9	<6

Примечания:

- Дисфункция каждого органа оценивается отдельно в динамике.
- РаО₂ в mm Hg и FIO₂ в % 0.21 – 1.00.
- Адренергические препараты назначены как минимум на 1 час в дозе мкг на кг в минуту.

- Среднее АД в mm Hg =

= ((систолическое АД в mm Hg) + (2 * (диастолическое АД в mm Hg))) / 3.

- 0 баллов – норма; 4 балла – наибольшее отклонение от нормального значения
- Общий балл SOFA = Сумма баллов всех 6 параметров.

Интерпретация:

- минимальный общий балл: 0
- максимальный общий балл: 24
- чем выше балл, тем больше дисфункция органа.
- чем больше общий балл, тем сильнее мультиорганная дисфункция.

Шкала комы Глазго, используемая для оценки дисфункции центральной нервной системы, представлена ниже:

Клинический признак	Балл
Открывание глаз	
отсутствует	1
в ответ на болевой стимул	2
в ответ на обращенную речь	3
произвольное	4
Вербальный ответ	

отсутствует	1
нечленораздельные звуки	2
неадекватные слова или выражения	3
спутанная, дезориентированная речь	4
ориентированный ответ	5
Двигательный ответ	
отсутствует	1
тоническое разгибание конечности в ответ на болевой стимул (децеребрация)	2
тоническое сгибание конечности в ответ на болевой стимул (декортикация)	3
отдергивание конечности в ответ на болевой стимул	4
целенаправленная реакция на болевой стимул	5
выполнение команд	6

Примечания:

- 15 баллов – сознание ясное.
- 10-14 баллов – умеренное и глубокое оглушение.
- 9-10 баллов – сопор.
- 7-8 баллов – кома 1-й степени.
- 5-6 баллов – кома 2-й степени.
- 3-4 балла – кома 3-й степени.

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

Оценка	Показатель	Баллы ^a				
		0 балл	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Дыхание	PaO ₂ /FiO ₂ ^b , мм рт.ст.	≥ 400	30-399	200-299	100-199 с респираторной поддержкой	<100 с респираторной поддержкой
	или SpO ₂ /FiO ₂ ^c	≥ 292	26-291	221-264	148-220 с респираторной поддержкой	<148 с респираторной поддержкой
Сердечно-сосудистая Система	Среднее АД соответствующее возрастной группе или инфузия вазоактивных препаратов, мм рт.ст. или мкг/кг/мин ^d					
	< 1 мес. жизни	≥ 46	<46	Допамин	Допамин	Допамин

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

Примечания:

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

б – PaO₂ измеряется в миллиметрах ртутного столба.

с – в расчете используется значение SpO₂ 97% и ниже.

д – Среднее артериальное давление (САД, миллиметры ртутного столба) в случаях измерения имеет бальные оценки 0 или 1; в случаях назначения вазопрессорных

медикаментов (измеряются в микрограммах на 1 килограмм массы тела в минуту) присваиваются балльные значения 2 или 4. Учитывается период назначения вазопрессоров как минимум в течение 1 часа.

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

f – Расчет производился по педиатрической модификации Шкалы Комы Глазго.

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

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

Отнесение к КСГ st36.008 «Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении» по коду МКБ 10 (основное

заболевание) и коду классификационного критерия «it2», означающего непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 480 часов и более.

Особенности формирования КСГ st15.018 Эпилепсия, судороги (уровень 2), st15.019 Эпилепсия (уровень 3), st15.020 Эпилепсия (уровень 4).

Оплата случаев лечения по поводу эпилепсии в круглосуточном стационаре осуществляется по четырем КСГ профиля «Неврология», при этом КСГ st15.005 «Эпилепсия, судороги (уровень 1)» формируется только по коду диагноза по МКБ 10, а КСГ st15.018, st15.019 и st15.020 формируются по сочетанию кода диагноза и иного классификационного критерия «ep1», «ep2» или «ep3» соответственно, с учетом объема проведенных лечебно-диагностических мероприятий.

Таблица 7

КСГ	Коды диагноза МКБ 10	Иной классификационный критерий	Описание классификационного критерия
st15.018 «Эпилепсия, судороги (уровень 2)»	G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8, G40.9, R56, R56.0, R56.8	ep1	Обязательное выполнение магнитно-резонансной томографии с высоким разрешением (3 Тл) по программе эпилептического протокола и проведение продолженного видео-ЭЭГ мониторинга с включением сна (не менее 4 часов)
st15.019 «Эпилепсия (уровень 3)»	G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8, G40.9	ep2	Обязательное выполнение магнитно-резонансной томографии с высоким разрешением (3 Тл) по программе эпилептического протокола и проведение продолженного видео-ЭЭГ мониторинга с включением сна (не менее 4 часов) и терапевтического мониторинга противозепилептических препаратов в крови с целью подбора противозепилептической терапии
st15.020 «Эпилепсия (уровень 4)»	G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.8, G40.9	ep3	Обязательное выполнение магнитно-резонансной томографии с высоким разрешением (3 Тл) по программе эпилептического протокола и проведение продолженного видео-ЭЭГ мониторинга с включением сна (не менее 24 часов) и терапевтического мониторинга противозепилептических препаратов в крови с целью подбора противозепилептической терапии и консультация врача-нейрохирурга

Особенности формирования КСГ по профилю «Медицинская реабилитация» (st37.001 - st37.026)

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

Медицинская помощь по профилю «медицинская реабилитация» оказывается в специализированных медицинских организациях, реабилитационных отделениях (на реабилитационных койках) медицинских организаций в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации (приказ Минздрава России от 31 июля 2020г. №788н и от 23 октября 2019г. № 878н) и на основе стандартов медицинской помощи.

Отнесение к КСГ, для оплаты медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел «В») вне зависимости от диагноза.

При этом для отнесения случая к 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 года № 788н (зарегистрировано в Минюсте России 25 сентября 2020 года № 60039).

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

В стационарных условиях медицинская реабилитация оказывается пациенту при оценке 4–5–6 баллов по ШРМ и при оценке 3 балла по ШРМ в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте.

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.

Для оплаты медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями центральной нервной системы дополнительно включен диагноз «Рассеянный склероз» (код МКБ-10 G35).

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

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

Для КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026 в соответствии с Программой введена оптимальная длительность госпитализации случая по профилю «Медицинская реабилитация». Оплата случаев по данным КСГ осуществляется с учетом установленной приложением «Расшифровка групп КС 2023» к Методическим рекомендациям (далее – Группировщик) длительности случая реабилитации.

К СГ	Наименование КСГ	Оптимальная длительность
st 37.002	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (4 балла по ШРМ)	не менее 14 дней
st 37.003	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (5 баллов по ШРМ)	не менее 20 дней
st 37.006	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (4 балла по ШРМ)	не менее 12 дней

37.007 st	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (5 баллов по ШРМ)	не менее 18 дней
37.024 st	Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы	не менее 30 дней
37.025 st	Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы	не менее 30 дней
37.026 st	Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы и с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (сестринский уход)	не менее 30 дней

Случаи медицинской реабилитации по данным КСГ с длительностью лечения менее количества дней, определенных приложением «Расшифровка групп КС 2024» к Методическим рекомендациям (далее – Группировщик) являются прерванными и оплачиваются в соответствии с разделом «Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи». Коэффициент оплаты прерванных случаев установлен Приложением 3.2.1 к тарифному соглашению.

В целях учета случаев медицинской реабилитации с применением роботизированных систем (rbrob4d12, rbrob4d14, rbrob5d18, rbrob5d20, rbprob4, rbprob5), введением ботулинического токсина (rbb3, rbb4d14, rbb5d20, rbbp4, rbbp5), а так же их сочетанием (rbbrob4d14, rbbrob5d20, rbbprob4, rbbprob5) добавлены иные классификационные критерии включающие, в том числе оценку по шкале реабилитационной маршрутизации и длительность лечения.

Затраты, связанные с применением роботизированных систем и/или введением ботулинического токсина учтены в стоимости КСГ.

Применение роботизированных систем и/или введение ботулинического токсина для КСГ не является обязательным.

Для отнесения к конкретной группе КСГ учитывается классификационный критерий, в котором учтены следующие параметры:

- шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ), установленной Порядком медицинской реабилитации взрослых;
- уровень курации, установленный порядком медицинской реабилитации для детей;
- оптимальная длительность реабилитации в койко-днях (пациенто-днях);
- факт проведения медицинской реабилитации после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19;
- факт назначения ботулинического токсина;
- факт применения роботизированных систем;
- факт сочетания 2-х медицинских услуг: В05.069.005 «Разработка

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

Перечень иных классификационных критериев с расшифровкой
 представлен в таблице 8.

Таблица 8

rb3	3 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ)	Медицинская реабилитация
rb4	4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ)	
rb5	5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ)	
rb6	6 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ)	
rb4 d12	4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), не менее 12 дней	
rb4 d14	4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), не менее 14 дней	
rb5 d18	5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), не менее 18 дней	
rb5 d20	5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), не менее 20 дней	
rb3 3	3 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина	Медицинская реабилитация с применением ботулинического токсина
rb4 4d14	4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина, не менее 14 дней	
rb5 5d20	5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина, не менее 20 дней	
rbro b4d12	4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) с применением роботизированных систем, не менее 12 дней	Медицинская реабилитация с применением роботизированных систем
rbro b4d14	4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) с применением роботизированных систем, не менее 14 дней	
rbro b5d18	5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) с применением роботизированных систем, не менее 18 дней	
rbro b5d20	5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) с применением роботизированных систем, не менее 20 дней	

rbbr ob4d14	4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) с применением роботизированных систем и назначение ботулинического токсина, не менее 14 дней	Медицинская реабилитация с применением роботизированных систем и назначение ботулинического токсина
rbbr ob5d20	5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) с применением роботизированных систем и назначение ботулинического токсина, не менее 20 дней	
rb3 cov	Медицинская реабилитация после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19, 3 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ)	Медицинская реабилитация после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19
rb4 cov	Медицинская реабилитация после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19, 4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ)	
rb5 cov	Медицинская реабилитация после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19, 5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ)	
rbp 4	продолжительная медицинская реабилитация (30 дней), 4-балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ)	Продолжительная медицинская реабилитация
rbp 5	продолжительная медицинская реабилитация (30 дней), 5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ)	
rbp s5	продолжительная медицинская реабилитация (сестринский уход) (30 дней), 5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ)	
rbp p4	продолжительная медицинская реабилитация (30 дней), 4-балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина	Продолжительная медицинская реабилитация с назначением ботулинического токсина
rbp p5	продолжительная медицинская реабилитация (30 дней), 5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина	
rbpr ob4	продолжительная медицинская реабилитация (30 дней), 4-балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) с применением роботизированных систем	Продолжительная медицинская реабилитация с применением роботизированных систем

rbpr ob5	продолжительная медицинская реабилитация (30 дней), 5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) с применением роботизированных систем	
rbp prob4	продолжительная медицинская реабилитация (30 дней), 4-балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) с применением роботизированных систем и назначение ботулинического токсина	Продолжительная медицинская реабилитация с применением роботизированных систем и назначение ботулинического токсина
rbp prob5	продолжительная медицинская реабилитация (30 дней), 5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) с применением роботизированных систем и назначение ботулинического токсина	
yku r2	Уровень курации II	Медицинская реабилитация дети
yku r3d12	Уровень курации III, не менее 12 дней	
yku r4d18	Уровень курации IV, не менее 18 дней	
yku r3	Уровень курации III	
yku r4	Уровень курации IV	
rbp	Обязательное сочетание 2-х медицинских услуг: В05.069.005 «Разработка индивидуальной программы дефектологической реабилитации», В05.069.006 «Разработка индивидуальной программы логопедической реабилитации»	Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохlearной имплантации
rbpt	Посттрансплантационный период для пациентов, перенесших трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток крови и костного мозга (от 30 до 100 дней)	Посттрансплантационный период после пересадки костного мозга

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

Отнесение к КСГ «Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохlearной имплантации» (КСГ st37.015) осуществляется по коду медицинской услуги В05.028.001 «Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями органа

слуха» или В05.046.001 «Слухоречевая реабилитация глухих детей с кохлеарным имплантом» в сочетании с двумя классификационными критериями: возраст до 18 лет (код 5) и код классификационного критерия «rbs».

Классификационный критерий «rbs» означает обязательное сочетание 2-х медицинских услуг: В05.069.005 «Разработка индивидуальной программы дефектологической реабилитации», В05.069.006 «Разработка индивидуальной программы логопедической реабилитации».

КСГ st37.019 «Медицинская реабилитация после онкоортопедических операций», КСГ st37.020 «Медицинская реабилитация по поводу постмастэктомического синдрома в онкологии»)

Формируются по соответствующему коду МКБ 10 в сочетании с медицинской услугой В05.027.001 «Услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего операцию по поводу онкологического заболевания».

КСГ st37.021- КСГ st37.023 «Медицинская реабилитация после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19» (3-5 баллов по ШРМ)

Случаи медицинской реабилитации пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию COVID-19 формируются по коду иного классификационного критерия «rb3cov»–«rb5cov», отражающего признак перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19, а также оценку по ШРМ (3-5 баллов соответственно). Перечень кодов «rb2cov»–«rb5cov» с расшифровкой содержится в таблице 8.

Особенности формирования КСГ для случаев лечения дерматозов (st06.004- st06.007)

Отнесение к КСГ st06.004 «Лечение дерматозов с применением наружной терапии» производится только по коду МКБ 10 (диагнозу).

Отнесение к КСГ st06.005 «Лечение дерматозов с применением наружной терапии, физиотерапии, плазмафереза», st06.006 «Лечение дерматозов с применением наружной и системной терапии», st06.007 «Лечение дерматозов с применением наружной терапии и фототерапии» производится по комбинации кода МКБ 10 (диагноза) и иного классификационного критерия из диапазона «derm1»-«derm9», соответствующего примененному виду терапии в соответствии со справочником «ДКК» файла «Расшифровка групп».

Для случаев лечения псориаза в ином классификационном критерии также предусмотрена оценка индекса тяжести и распространенности псориаза (PASI).

Также в указанные КСГ добавлен код МКБ 10 С84.0 - Грибовидный микоз. При этом сочетание кода С84.0 с иным классификационным критерием «derm4», или «derm5», или «derm7», или «derm8» возможно только при оказании медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология».

Особенности формирования КСГ st36.013-st36.015 для случаев проведения антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами

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

Иные классификационные критерии для данных КСГ включают МНН дорогостоящего лекарственного препарата, назначение которого является критерием отнесения к группе, а также обязательность наличия результатов микробиологического исследования, подтверждающего наличие инфекции, вызванной полирезистентными микроорганизмами. При этом не ограничена возможность использования в составе применяемой схемы других антимикробных лекарственных препаратов: для антибактериальных лекарственных препаратов возможно сочетание с любыми другими лекарственными препаратами, предусмотренными для проведения антимикробной терапии, в том числе антимикотическими, и наоборот. Также возможно использование как схем, включающих только антибактериальные лекарственные средства, так и терапии, включающей только антимикотические препараты.

Оплата случая лечения по указанным КСГ во всех случаях осуществляется в сочетании с КСГ, определенной по коду основного заболевания. В случае последовательного назначения нескольких курсов антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами, осуществляется оплата по нескольким КСГ, однако не допускается выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)» с пересекающимися сроками лечения.

Оплата случаев лечения при проведении диализа в круглосуточном стационаре.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, в условиях круглосуточного стационара оплата осуществляется 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 (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») на 2023 год составляет 6 674,65 рубля (с учетом коэффициента дифференциации, применяемого к доле расходов на заработную плату).

Базовый тариф на оплату перитонеального диализа (код услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ»), на 2023 год составляет 3 626,66 рублей (с учетом коэффициента дифференциации, применяемого к доле расходов на заработную плату).

Применение коэффициента дифференциации (при наличии) к стоимости услуги осуществляется с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи. Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг недопустимо.

Для последующего расчета остальных услуг диализа, к базовому тарифу применяются рекомендуемые коэффициенты относительной затратоемкости, представленные в представленные в приложении 4 к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

Перечень услуг диализа и тарифов (с учетом коэффициента относительной затратоемкости и коэффициента дифференциации, применяемого к доле расходов на заработную плату в составе тарифа для различных методов) для оплаты процедур диализа в условиях стационара установлен приложением 3.2.5 к тарифному соглашению.

При оплате законченного случая лечения учитывается кратность процедур диализа фактически проведенных в течение госпитализации. В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить

лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре. При этом в период лечения, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

Порядок оплаты высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в перечень видов, подлежащих финансированию из средств ОМС.

Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на случай оказания высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 27.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» (Приложение 1).

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения параметрам, установленным в Программе в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень). В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ.

Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи с применением коэффициента дифференциации (значение 1,001) к доле заработной платы и прочих расходов приведены в приложении 3.2.4.

В случае если у пациента после оказания специализированной медицинской помощи определяются показания к получению медицинской помощи с применением метода лечения, включенного в Перечень видов ВМП (приложение №1 к Программе), либо после оказания высокотехнологичной медицинской помощи определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи

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

Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

Порядок оплаты случаев госпитализации по КСГ определяется «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 27.12.2023 № 2353 (далее – Программа), а также Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – Требования).

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

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи;
- 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 трех дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в Таблице 4 (Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно).

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

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

Стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (ССКсг) (за исключением случаев медицинской помощи оплачиваемой по отдельным группам заболеваний, состояний, доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат которых установлены Приложением 3.2.8 к ТС), порядок оплаты определяется по формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + БС \times КД^* \times КСЛП, \text{ где:}$$

БС – размер базовой ставки (без учета коэффициента дифференциации) составляет 16 041,97 руб.;

КД - коэффициент дифференциации (значение - 1,001), рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Постановление № 462);

КЗкcg - коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;

КСксг – коэффициент специфики, применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней (подуровней) медицинских организаций (используется в расчетах в случае, если указанный коэффициент установлен тарифным соглашением для данной КСГ);

КУСмо – коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости – сумма применяемых КСЛП)

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

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

Базовая ставка в условиях дневного стационара установлена в размере 16 041,97 руб. (без учета коэффициента дифференциации) и 16 058,01 руб. (с учетом коэффициента дифференциации - 60% от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования).

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

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов (Приложение 3.2.8 к Тарифному соглашению), определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - Д_{зп}) + Д_{зп} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КД) + \\ + БС \times КД^* \times КСЛП, \text{ где:}$$

БС – размер базовой ставки (без учета коэффициента дифференциации) составляет 16 041,97 руб.;

КЗксг - коэффициент относительной затратноемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;

Дзп – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением 3.2.8 к Тарифному соглашению значение, к которому применяется КД, КС и КУС)

КСксг – коэффициент специфики, применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней (подуровней) медицинских организаций (используется в расчетах в случае, если указанный коэффициент установлен тарифным соглашением для данной КСГ);

КУСмо – коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КД - коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462 (значение - 1,001);

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента (при применении в рамках одного случая лечения более одного КСЛП значения коэффициентов суммируются).

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

Применение коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте РФ.

С целью сохранения целевых показателей оплаты труда отдельных категорий медицинских работников, определенных Указом Президента РФ от 07.05.2012 №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политике», тарифным соглашением устанавливаются коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте (КДзп).

КДзп - коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного "дорожными картами" развития здравоохранения в Ростовской области применяется к стоимости законченного случая лечения (используется при расчетах в случае, если тарифным соглашением установлено значение данного коэффициента превышающее единицу).

Формирование КСГ

Общие правила формирования различных КСГ в условиях дневного стационара те же, что и в условиях круглосуточного стационара.

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

- a. Диагноз (код по МКБ 10);
- b. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);
- c. Схема лекарственной терапии;
- d. 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 (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации; индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);
- h. Длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);
- i. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- j. Пол;
- k. Длительность лечения;
- l. Этап лечения, в том числе этап проведения экстракорпорального оплодотворения, долечивание пациентов с 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 этом классификационный критерий должен быть в обязательном порядке включен в реестр счетов, формируемый медицинскими организациями на оплату медицинской помощи.

Файл «Расшифровка групп ДС», являющиеся приложением к «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» содержат соответствующие справочники используемые для формирования отдельных КСГ, с указанием соответствующих КСГ для каждого классификационного критерия:

- «МКБ 10» – справочник кодов МКБ 10 с указанием для каждого кода, включенного в группировку, номеров КСГ, к которым может быть отнесен данный код диагноза;

- «Номенклатура» – справочник кодов Номенклатуры с указанием для каждого кода услуги, включенного в группировку, номеров КСГ, к которым может быть отнесен данный код;

- «Онкология, схемы ЛТ» – справочник схем лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) с указанием для каждой схемы номера КСГ, к которой может быть отнесен случай госпитализации с применением данной схемы;

- «ХГС, схемы ЛТ» – справочник схем лекарственной терапии при хроническом вирусном гепатите С с указанием для каждой схемы номера КСГ, к которой может быть отнесен случай госпитализации с применением данной схемы;

- «ГИБП, схемы ЛТ» – справочник схем лекарственной терапии с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с указанием для каждой схемы номера КСГ, к которой может быть отнесен случай госпитализации с применением данной схемы;

- «МНН ЛП» – справочник МНН лекарственных препаратов (сочетания МНН лекарственных препаратов) с указанием для каждой позиции номеров КСГ, к которым может быть отнесен случай госпитализации с применением

данного МНН лекарственного препарата (сочетания МНН лекарственных препаратов);

- «ДКК» – справочник кодов иных классификационных критериев (в дополнение к справочникам «Онкология, схемы ЛТ», «ХГС, схемы ЛТ», «ГИБП, схемы ЛТ» и «МНН ЛП», используемых для отнесения случая госпитализации к определенным КСГ;

Клинико-статистические группы, к которым не применяется КУС.

При оплате по ряду КСГ (помощь оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеет высокую степень стандартизации медицинских технологий и предусматривает одинаковое применение методов диагностики и лечения на различных уровнях) коэффициент уровня (подуровня) стационара не применяется (принимается равным 1, т.е. стоимость случаев лечения по данным КСГ одинакова для стационаров всех уровней).

Перечень КСГ, к которым коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара не применяется

Таблица 1

К СГ	Наименование КСГ
2.006 ds0	Искусственное прерывание беременности (аборт)
2.007 ds0	Аборт медикаментозный
2.008 ds0	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)
2.009 ds0	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 2)
2.010 ds0	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)
2.011 ds0	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 4)
0.001 ds1	Операции по поводу грыж, дети
2.016 ds1	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 1)
2.017.1 ds1	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 2)
ds1	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 2) схема thc15

2.017.2	
2.018.1	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 3)
2.018.2	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 3) схема thc03
2.019	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 4)
4.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
5.002	1) Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)
5.003	2) Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)
0.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
0.006	Замена речевого процессора
1.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
1.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
1.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
1.006.1	Операции на органе зрения (уровень 5)
1.006.2	Операции на органе зрения (уровень 5) с использованием фемтосекундного лазера
1.007	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
9.001	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
9.002	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)
9.003	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)
1.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
2.003	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
2.004	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
2.005	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
2.006	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях
6.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
6.015	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 1)*

6.016	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 2)*
6.017	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 3)*
6.018	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 4)*
6.019	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 5)*
6.020	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 6)*
6.021	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 7)*
6.022	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 8)*
6.023	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 9)*
6.024	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 10)*
6.025	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 11)*
6.026	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 12)*
6.027	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 13)*
6.028	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 14)*
6.029	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 15)*
6.030	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 16)*
6.031	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 17)*
6.032	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 18)*
6.033	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 19)*
6.034	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 20)*
6.035	ds3	Лечение с применением методов афереза (каскадная плазмофильтрация, липидная фильтрация, иммуносорбция) в случае отсутствия эффективности базисной терапии

Применение коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП).

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) применяется к

отдельным случаям оказания медицинской помощи и учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях.

КСЛП устанавливается на основании объективных критериев, и в обязательном порядке отражается в реестрах счетов.

Перечень случаев, для которых установлен КСЛП

Таблица 2

	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями*	1,20

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

Перечень схем сопроводительной лекарственной терапии

КСЛП в случае проведения сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых может быть применен в случае, если проведение сопроводительной терапии предусмотрено соответствующими клиническими рекомендациями. В условиях дневного стационара в случае проведения сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых по КСГ ds19.058-ds19.062, ds19.067-ds19.078, ds19.116-ds19.134.

При использовании схем лекарственной терапии, предусматривающих применение лекарственных препаратов филграстим, деносунаб, эмпагфилграстим, КСЛП «Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых» не применяется.

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

Таблица 3

Код схемы	Описание схемы	Условия применения
upt01 ^s	Филграстим 4 дня введения по 300 мкг	

upt02 ^s	Деносумаб 1 день введения 120 мг	N18.3, N18.4, N18.5 «Хроническая болезнь почек стадия 3-5» (при клиренсе креатинина <59 мл/мин)
upt03 ^s	Тоцилизумаб 1 день введения 4 мг/кг	
upt04 ^s	Филграстим 8 дней введения по 300 мкг	
upt05 ^s	Эмпэгфилграстим 1 день введения 7,5 мг	
upt06 ^s	Филграстим 10 дней введения по 300 мкг	
upt07 ^s	Микофенолата мофетил 30 дней введения по 500 мг 2 раза в день	
upt08 ^s	Такролимус 30 дней введения по 0,1 мг/кг	
upt09 ^s	Ведолизумаб 1 день введения 300 мг	
upt10 ^s	Инфликсимаб 1 день введения 800 мг	
upt11 ^s	Иммуноглобулин человека нормальный 2 дня введения по 1000 мг/кг	
upt12 ^s	Иммуноглобулин антитимоцитарный 8-14 дней введения 10-20 мг/кг	

Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи 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 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, приведенный в таблице 2.

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.

В таблице 3 определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи (не относящийся к прерванным случаям лечения по основаниям 1-7) не может быть отнесен к прерванным случаям по основанию, изложенному в подпункте 8 и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1-6 и 8 данного раздела, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% процентов от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 95% процентов от стоимости КСГ.

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию определен таблицей 4.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости законченного случая лечения,
- при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости

законченного случая лечения (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10), кроме случаев КСГ «Лекарственная терапия злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1-19), оплата которых осуществляется в размере 60% от стоимости законченного случая».

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше, являющиеся прерванными по основанию, изложенному в подпункте 7 данного раздела, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

**Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней
включительно**

Таблица 4

№ КСГ	Наименование КСГ
2.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
2.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
2.007	Аборт медикаментозный
2.008	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)
5.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови пузырном заносе*
8.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети*
8.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
8.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
5.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
5.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
9.028	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
9.029	Госпитализация в диагностических целях с постановкой (подтверждением) диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ (только для взрослых)

	федеральных медицинских организаций)
9.033	ds1 Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии последующим проведением молекулярно-генетического и (или) иммуногистохимического исследования
9.097	ds1 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
9.098	ds1 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
9.099	ds1 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
9.100	ds1 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
9.101	ds1 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
9.102	ds1 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
9.103	ds1 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
9.104	ds1 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
9.105	ds1 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
9.106	ds1 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
9.107	ds1 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*
9.108	ds1 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*
9.109	ds1 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
9.110	ds1 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14)*
9.111	ds1 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15)*
9.112	ds1 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16)*
9.113	ds1 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17)*
9.114	ds1 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 18)*
9.115	ds1 Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 19)*
9.057	ds1 Лучевая терапия (уровень 8)
9.063	ds1 ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения (уровень 1)
9.067	ds1 ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
9.071	ds1 ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)

9.075	ds1	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)
0.002	ds2	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
0.003	ds2	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
0.006	ds2	Замена речевого процессора
1.002	ds2	Операции на органе зрения (уровень 1)
1.003	ds2	Операции на органе зрения (уровень 2)
1.004	ds2	Операции на органе зрения (уровень 3)
1.005	ds2	Операции на органе зрения (уровень 4)
1.006.1	ds2	Операции на органе зрения (уровень 5)
1.006.2	ds2	Операции на органе зрения (уровень 5) с использованием фемтосекундного лазера
1.007	ds2	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
5.001	ds2	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
7.001	ds2	Отравления и другие воздействия внешних причин
4.002	ds3	Операции на органах полости рта (уровень 1)
6.001	ds3	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
6.012	ds3	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)
6.013	ds3	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)
6.015	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 1)*
6.016	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 2)*
6.017	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 3)*
6.018	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 4)*
6.019	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 5)*
6.020	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 6)*
6.021	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 7)*
6.022	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 8)*

6.023	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 9)*
6.024	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 10)*
6.025	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 11)*
6.026	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 12)*
6.027	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 13)*
6.028	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 14)*
6.029	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 15)*
6.030	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 16)*
6.031	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 17)*
6.032	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 18)*
6.033	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 19)*
6.034	ds3	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов селективных иммунодепрессантов (уровень 20)*
6.035	ds3	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.

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию

Таблица 5

№ КСГ	Наименование КСГ
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 .006.1	Операции на органе зрения (уровень 5)
ds21 .006.2	Операции на органе зрения (уровень 5) с использованием фемтосекундного лазера
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, органа средостения
ds29 .001	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
ds29 .002	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)
ds29	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)

.003	
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)

Особенности оплаты случаев экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

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

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

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

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

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

Если базовая программа ЭКО была завершена по итогам:

- I этапа (стимуляция суперовуляции) («ivf2»);
- I-II этапов (получение яйцеклетки) («ivf3»);
- I-III этапов (экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов («ivf4»), оплата случая осуществляется по КСГ ***ds02.009 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 2)»***.

При проведении в рамках одного случая лечения:

- первых трех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов («ivf5»),
- всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов («ivf6»), оплата случая осуществляется по КСГ ***ds02.010 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)»***.

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

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

Перечень иных классификационных критериев для оплаты случаев экстракорпорального оплодотворения.

Таблица 6

	Наименование этапов проведения ЭКО		КЗ	Наименование классификационного критерия
2.008	ds0 уровень 1	Экстракорпоральное оплодотворение	3,1 9	Ivf 1
2.009	ds0 уровень 2	Экстракорпоральное оплодотворение	6,1	Ivf 2 Ivf 3 Ivf 4
2.010	ds0 уровень 3	Экстракорпоральное оплодотворение	9,8 4	Ivf 5 Ivf 6
2.011	ds0 уровень 4	Экстракорпоральное оплодотворение	10, 69	Ivf 7

Особенности формирования КСГ для оплаты лекарственной терапии при хроническом вирусном гепатите С в дневном стационаре КСГ ds12.016 «Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 1)» - ds12.019 «Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 4)».

Оплата случаев лекарственной терапии по поводу хронического вирусного гепатита С осуществляется в соответствии со схемами лекарственной терапии.

С учетом установленной длительности одной госпитализации 28 дней сформированы 13 схем лекарственной терапии хронического вирусного гепатита С, включающих три схемы лекарственной терапии у детей от 3 до 12 лет.

Учитывая, что отнесение к КСГ случаев лекарственной терапии хронического вирусного гепатита С осуществляется только по сочетанию кода диагноза по МКБ-10 и иного классификационного критерия «thc», отражающего применение определенной схемы лекарственной терапии для проведения противовирусной терапии. Детальное описание группировки схем лекарственной терапии хронического вирусного гепатита С в КСГ представлено в таблице 7.

Таблица 7

Иной классификационный критерий	МНН лекарственных препаратов	Наименование и описание схемы	Длительность лекарственной терапии, учтенная в тарифе (дней)	КСГ

c09	th	[гразопре- вир + элбасвир]	[гразопре- вир + элбасвир] таблетки, покрытые пленочной оболочкой 100 мг + 50 мг, 1 таблетка 1 раз в сутки	28	
c10	th	[гразопре- вир + элбасвир] + рибавирин	[гразопре- вир + элбасвир] таблетки, покрытые пленочной оболочкой 100 мг + 50 мг, 1 таблетка 1 раз в сутки + рибавирин 800-1400 мг в два приема	28	ds12.016
c01	th	[велпата- свир + софосбувир]	[велпата- свир + софосбувир] таблетки, покрытые пленочной оболочкой 100 мг + 400 мг, 1 таблетка 1 раз в сутки	28	
c02	th	[велпата- свир + софосбувир] + рибавирин	[велпата- свир + софосбувир] таблетки, покрытые пленочной оболочкой 100 мг + 400 мг, 1 таблетка 1 раз в сутки + рибавирин 1000-1200 мг в два приема	28	ds12.017.1
c16	th	даклата- свир + софосбувир	даклата- свир 60 мг 1 раз в сутки + софосбувир 400 мг 1 раз в сутки	28	
c17	th	даклата- свир + софосбувир + рибавирин	даклата- свир 60 мг 1 раз в сутки + софосбувир 400 мг 1 раз в сутки + рибавирин 1000-1200 мг в два приема	28	
c15	th	даклата- свир + нарлапревир + ритонавир	даклата- свир 60 мг 1 раз в сутки + нарлапревир 200 мг 1 раз в сутки + ритонавир 100 мг 1 раз в сутки	28	ds12.017.2
c11	th	[гразопре- вир + элбасвир] + софосбувир	[гразопре- вир + элбасвир] таблетки, покрытые пленочной оболочкой 100 мг + 50 мг, 1 таблетка 1 раз в сутки + софосбувир 400 мг 1 раз в сутки	28	
c12	th	[гразопре- вир + элбасвир] + софосбувир + рибавирин	[гразопре- вир + элбасвир] таблетки, покрытые пленочной оболочкой 100 мг + 50 мг, 1 таблетка 1 раз в сутки + софосбувир 400 мг 1 раз в сутки + рибавирин 800-1400 мг в два приема	28	ds12.018.1
c18	th	нарлапр- евир + ритонавир + софосбувир	нарлапр- евир 200 мг 1 раз в сутки + ритонавир 100 мг 1 раз в сутки + софосбувир 400 мг 1 раз в сутки	28	
c03	th	[глекапр- евир + пибрентасвир]	[Глекапревир + пибрентасвир] таблетки, покрытые пленочной оболочкой 300 мг + 120 мг (3 таблетки по 100 мг + 40 мг) 1 раз в сутки	28	ds12.018.2
c07	th	[глекапр- евир + пибрентасвир] + софосбувир	[Глекапревир + пибрентасвир] таблетки, покрытые пленочной оболочкой 300 мг + 120 мг (3 таблетки по 100 мг + 40 мг) 1 раз в сутки + софосбувир 400 мг 1 раз в сутки	28	
c08	th	[глекапр- евир + пибрентасвир] + софосбувир + рибавирин	[Глекапревир + пибрентасвир] таблетки, покрытые пленочной оболочкой 300 мг + 120 мг (3 таблетки по 100 мг + 40 мг) 1 раз в сутки + софосбувир 400 мг 1 раз в сутки + рибавирин 1000-1200 мг в два приема	28	ds12.019

В целях отнесения случая госпитализации к одной из КСГ, кодирование указанного случая должно осуществляться с использованием иного классификационного критерия, соответствующего применяемой схеме лекарственной терапии.

Коэффициент относительной затратно-емкости для указанных КСГ

приведен *в расчете на усредненные затраты, исходя из длительности лекарственной терапии 28 дней.*

Учитывая, что длительность курса кратна 28 дням, в рамках оплаты курса терапии предполагается подача счетов на оплату каждые 28 дней, начиная с 29 дня от даты госпитализации.

При этом курсовая длительность лекарственной терапии определяется клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с хроническим вирусным гепатитом С и инструкцией к лекарственному препарату.

Кодирование медицинского вмешательства по профилю «Офтальмология».

Оплата по КСГ услуги А16.26.046.001 «Эксимерлазерная фототерапевтическая кератэктомия» осуществляется только при лечении эрозии, язвы роговицы, кератита, помутнения роговицы, возникшего вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности компенсации вызванной ими иррегулярности роговицы с помощью очковой или контактной коррекции, услуг А16.26.046.002 «Эксимерлазерная фоторефракционная кератэктомия» и А16.26.047 «Кератомилез» – при коррекции астигматизма или иррегулярности роговицы, возникших вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности их компенсации с помощью очковой или контактной коррекции. Аналогичные принципы применяются для медицинской услуги А16.26.046 «Кератэктомия».

Кодирование медицинского вмешательства по коду услуги А16.26.093 «Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация» возможно только при наличии противопоказаний к имплантации интраокулярной линзы, отраженных в первичной медицинской документации.

Выявление данных случаев необходимо осуществлять в рамках проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования.

Особенности формирования реабилитационных КСГ

Медицинская помощь по профилю «медицинская реабилитация» оказывается в специализированных медицинских организациях,

реабилитационных отделениях (на реабилитационных койках) медицинских организаций имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации (приказы Минздрава России от 31.07.2020 № 788н и от 23.10.2019 № 878н) и на основе стандартов медицинской помощи.

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 (ШРМ) в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 788н (зарегистрировано в Минюсте России 25.09.2020 № 60039).

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 легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок может получать медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

Отнесение к КСГ ds37.001-ds37.012, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел В) вне зависимости от диагноза.

Также для отнесения к группе КСГ учитывается иной классификационный критерий, в котором учтены следующие параметры:

- шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ), установленной Порядком медицинской реабилитации взрослых;
- уровень курации установленный порядком медицинской реабилитации для детей;
- факт проведения медицинской реабилитации после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19;
- факт назначения ботулинического токсина;
- факт сочетания 2-х медицинских услуг: В05.069.005 «Разработка индивидуальной программы дефектологической реабилитации», В05.069.006 «Разработка индивидуальной программы логопедической реабилитации».

Перечень иных классификационных критериев представлен с

расшифровкой в таблице.

код	Расшифровка классификационного критерия
b2	2 балла по шкале реабилитационной маршрутизации
b3	3 балла по шкале реабилитационной маршрутизации
b2cov	Медицинская реабилитация после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19, 2 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ)
b3cov	Медицинская реабилитация после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19, 3 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ)
kur1	Уровень курации I
kur2	Уровень курации II
bb2	2 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина
bb3	3 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина
bs	Обязательное сочетание 2-х медицинских услуг: В05.069.005 «Разработка индивидуальной программы дефектологической реабилитации», В05.069.006 «Разработка индивидуальной программы логопедической реабилитации»

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

При оценке 0-1 балла по ШРМ пациент не нуждается в медицинской реабилитации; при оценке 2 балла пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара; при оценке 3 балла медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации.

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

Отнесение к КСГ «Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохlearной имплантации» (КСГ ds37.010) осуществляется по коду медицинской услуги В05.028.001

«Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями органа слуха» или В05.046.001 «Слухо-речевая реабилитация глухих детей с кохлеарным имплантом» в сочетании с двумя классификационными критериями: возраст до 18 лет (код 5) и код классификационного критерия «rbs».

Классификационный критерий «rbs» означает обязательное сочетание 2-х медицинских услуг: В05.069.005 «Разработка индивидуальной программы дефектологической реабилитации», В05.069.006 «Разработка индивидуальной программы логопедической реабилитации».

Особенности формирования КСГ для случаев лечения дерматозов (ds06.002- ds06.005)

Отнесение к КСГ st06.004 и ds06.002 «Лечение дерматозов с применением наружной терапии» производится только по коду МКБ-10 (диагнозу).

Отнесение к КСГ st06.005 и ds06.003 «Лечение дерматозов с применением наружной терапии, физиотерапии, плазмафереза», st06.006 и ds06.004 «Лечение дерматозов с применением наружной и системной терапии», st06.007 и ds06.005 «Лечение дерматозов с применением наружной терапии и фототерапии» производится по комбинации кода МКБ-10 (диагноза) и иного классификационного критерия из диапазона «derm1»-«derm9», соответствующего примененному виду терапии в соответствии со справочником «ДКК» «Расшифровка ДС». Для случаев лечения псориаза в ином классификационном критерии также предусмотрена оценка индекса тяжести и распространенности псориаза (PASI).

Также в указанные КСГ добавлен код МКБ-10 С84.0 - Грибовидный микоз. При этом сочетание кода С84.0 с иным классификационным критерием «derm4», или «derm5», или «derm7», или «derm8» возможно только при оказании медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология».

КСГ ds25.001 Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы.

Данные КСГ предназначены для оплаты краткосрочных (не более трех дней) случаев госпитализации, целью которых является затратно-емкое диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения.

Отнесение к данным КСГ производится по комбинации критериев: услуга, представляющая собой метод диагностического обследования, и терапевтический диагноз.

Особенности формирования КСГ ds36.015-ds36.034 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов» (уровни 1-20)

Отнесение к данным КСГ производится по комбинации кода возраста «5» (от 0 дней до 18 лет) или «6» (старше 18 лет) и иного классификационного критерия из диапазона «gsh001»-«gsh121», соответствующего МНН лекарственного препарата, наименованию и описанию схемы, количеству дней введения в соответствии со справочником «ГИБП, схемы ЛТ» файла «Расшифровщик ДС». Код возраста применяется в случае, если лекарственный препарат в соответствии с инструкцией по применению назначается в дозе из расчёта на кг веса (мг/кг), и данная дозировка совпадает для пациентов в возрасте от 0 дней до 18 лет и пациентов старше 18 лет.

При этом периодичность подачи счетов на оплату случаев госпитализации при лечении одного пациента по ds36.015-ds36.034 определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по соответствующей нозологии.

Выбор КСГ для оплаты случая лечения осуществляется по общим правилам. В ряде случаев стоимость КСГ, определенной по коду основного заболевания, превышает стоимость КСГ с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов, (далее – ГИБП и СИ), и оплата в данном случае осуществляется по КСГ, определенной по коду основного заболевания, при этом учитывается фактическая длительность лечения и наличие у КСГ, определяемой по коду основного заболевания, признака прерванности, в случае длительности госпитализации менее 3-х дней.

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

Особенности формирования КСГ ds36.014 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (инициация)»

Указанные КСГ применяются для оплаты проведения инициации или замены ГИБП и СИ для заболеваний и состояний, по которым не предусмотрена инициация или замена ГИБП и СИ, либо предусмотрено назначение только ГИБП без возможности применения СИ, в рамках оказания ВМП.

Необходимо отметить, что поликомпонентная лекарственная терапия с включением (инициацией и заменой) ГИБП и СИ предполагает возможность повторной госпитализации, требующейся в связи с применением насыщающих доз в соответствии с инструкцией по применению

лекарственного препарата как в рамках модели КСГ, так и при оказании ВМП.

Отнесение к данным КСГ производится по следующим комбинациям:

- кода МКБ-10, кода возраста «б» (старше 18 лет) и кода иного классификационного критерия «in», соответствующего терапии с инициацией или заменой генно-инженерных биологических лекарственных препаратов или селективных иммунодепрессантов;

- кода МКБ-10, кода возраста «б» (старше 18 лет) и кода иного классификационного критерия «inc», соответствующего терапии с инициацией или заменой селективных иммунодепрессантов;

- кода МКБ-10 и кода иного классификационного критерия «in», соответствующего терапии с инициацией или заменой генно-инженерных биологических лекарственных препаратов или селективных иммунодепрессантов.

Особенности формирования КСГ ds36.012, ds36.013 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции»

Оплата случаев иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции дифференцирована на две КСГ уровень 1 и уровень 2 в зависимости от возраста ребенка. При этом МНН лекарственного препарата и конкретизация возраста ребенка закодирована в ином классификационном критерии:

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

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

Для отнесения к 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».

Детальное описание группировки указанных КСГ для дневного стационара представлено в таблице 8.

Таблица 8

КСГ	Основной диагноз (Код МКБ-10)	Дополнительный диагноз (Код МКБ-10)	Возраст	Иной классификационный критерий	Описание классификационного критерия
ds36.012 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)»	Z25.8			irs1	Паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (дети до 2-х месяцев, включительно)
ds36.012 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)»		Z25.8		irs1	Паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (дети до 2-х месяцев, включительно)
ds36.013 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)»	Z25.8			irs2	Паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (дети старше 2-х месяцев)
ds36.013 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)»		Z25.8		irs2	Паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (дети старше 2-х месяцев)

Особенности формирования КСГ, классифицирующих случаи диагностики и лечения злокачественных новообразований

Лекарственная терапия злокачественных новообразований (КСГ ds08.001-ds08.003, ds19.063-ds19.078, ds19.116-ds19.134)

Отнесение случаев к группам ds19.116-ds19.134, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у взрослых (кроме ЗНО кроветворной и лимфоидной ткани), осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» (C00-C80, C97, D00-D09) и кода схемы лекарственной терапии (sh0001 – sh9003).

При этом указание в реестре счетов на оплату медицинской помощи услуги А25.30.033 «Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у взрослых» аналогично другим услугам, в том числе не являющимся тарифообразующими, возможно в соответствии с Общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79.

За законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, указанному в столбце «Количество дней введения в тарифе» листа «Онкология, схемы ЛТ».

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

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

В случае применения многокомпонентной схемы, в которой в первое введение вводится несколько препаратов, а в последующие введения вводится один препарат, стоимость КСГ рассчитана по принципу усреднения затрат и распределена равномерно между введениями в рамках цикла. В указанных случаях для всех введений должен использоваться одинаковый код схемы.

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

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

В случаях применения sh9003 обязательно проведение экспертизы качества медицинской помощи.

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

В то же время ввиду того, что в описании схем лекарственной терапии указываются только противоопухолевые лекарственные препараты, при соблюдении применения всех лекарственных препаратов, указанных в составе схемы лекарственной терапии, в случае назначения дополнительных лекарственных препаратов, применяемых в качестве сопроводительной терапии, случай кодируется по коду основной схемы, а назначение дополнительных лекарственных препаратов, не относящихся к противоопухолевой лекарственной терапии, не может служить основанием для применения кода схемы sh9003 в целях кодирования случая противоопухолевой лекарственной терапии.

Отнесение случаев к группам ds08.001-ds08.003, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у детей, производится на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С, D45- D47» кодов Номенклатуры и возраста – менее 18 лет. Отнесение к указанным КСГ производится по коду Номенклатуры – А25.30.014 Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у детей.

Отнесение КСГ ds19.063-ds19.078 лекарственная терапия взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей осуществляется по сочетанию кода МКБ 10 (коды C81-C96, D45-D47), кода длительности госпитализации, а также, при наличии, кода МНН или АТХ группы применяемых лекарственных препаратов.

Длительность госпитализации распределена на 4 интервала:

«1» – пребывание до 3 дней включительно,

«2» – от 4 до 10 дней включительно,

«3» – от 11 до 20 дней включительно,

«4» – от 21 до 30 дней включительно.

Перечень кодов МНН лекарственных препаратов, для которых предусмотрена оплата по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей (ds19.071-ds19.078), с расшифровкой содержится на вкладке «МНН ЛП» файла «Расшифровка групп» (коды gemop1-gemop14, gemop16-gemop18, gemop20-gemop26). Для случаев применения иных лекарственных препаратов, относящихся к АТХ группе «L» – противоопухолевые препараты и иммуномодуляторы, – предусмотрен код «gem» (вкладка «ДКК» файла «Расшифровка групп»), использующийся для формирования КСГ ds19.067-ds19.070 (ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые, уровни 1-4).

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

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

КСГ ds19.028 «Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований»

Данная КСГ применяется в случаях, когда установка, замена порт-системы являются основным поводом для госпитализации. Если больному в рамках одной госпитализации устанавливают, меняют порт-систему (катетер) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения, оплата осуществляется по двум КСГ.

Отнесение случая к КСГ ds19.028 осуществляется по кодам МКБ 10 (С., D00-D09) и коду Номенклатуры А11.12.001.002 «Имплантация подкожной венозной порт-системы». При этом по коду данной услуги также допустимо кодирование установки и замены периферического венозного катетера – ПИК-катетера (ввиду отсутствия соответствующей услуги в Номенклатуре).

Лучевая терапия (КСГ ds19.050-ds19.057)

Отнесение к соответствующей КСГ случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, а также в ряде случаев – количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций).

Справочник диапазонов числа фракций (столбец «Диапазон фракций» листа «Группировщик»)

Диапазон фракций	Расшифровка
fr01-05	Количество фракций от 1 до 5 включительно
fr06-07	Количество фракций от 6 до 7 включительно
fr08-10	Количество фракций от 8 до 10 включительно
fr11-20	Количество фракций от 11 до 20 включительно
fr21-29	Количество фракций от 21 до 29 включительно
fr30-32	Количество фракций от 30 до 32 включительно
fr33-99	Количество фракций от 33 включительно и более

В случае отсутствия указания кода диапазона фракций в Расшифровке групп, отнесение случая к соответствующей КСГ осуществляется вне зависимости от числа фракций.

Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (КСГ ds19.058, ds19.060-ds19.062)

Для оплаты случаев лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией и лекарственными препаратами предусмотрены соответствующие КСГ. Отнесение к группам осуществляется по коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой с учетом количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций) (при наличии), а также кода МНН лекарственных препаратов.

В случае отсутствия указания кода диапазона фракций в Расшифровке групп, отнесение случая к соответствующей КСГ осуществляется вне зависимости от числа фракций.

Перечень кодов МНН лекарственных препаратов, для которых предусмотрена оплата по КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией, с расшифровкой содержится на вкладке «МНН ЛП» файла «Расшифровка групп».

В случае применения лекарственных препаратов, не относящихся к перечню МНН лекарственных препаратов на вкладке «МНН ЛП» файла «Расшифровка групп», предусмотренных для отнесения к КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией, оплата случая осуществляется по КСГ, определенной исходя из действующего алгоритма группировки.

Отнесение к КСГ производится при комбинации диагнозов С00-С80, С97 и D00-D09 и услуг, обозначающих выполнение оперативного вмешательства.

Если больному со злокачественным новообразованием выполнялось оперативное вмешательство, не являющееся классификационным критерием для онкологических хирургических групп, то отнесение такого случая к КСГ производится по общим правилам, то есть к КСГ, формируемой по коду выполненного хирургического вмешательства.

В случае если злокачественное новообразование выявлено в результате госпитализации с целью оперативного лечения по поводу неонкологического заболевания (доброкачественное новообразование, кишечная непроходимость и др.) отнесение к КСГ и оплата осуществляются в соответствии с классификационными критериями по коду медицинской услуги без учета кода диагноза злокачественного новообразования.

Лечение лучевых повреждений

Формирование КСГ ds19.079 «Лучевые повреждения» осуществляется на основании сочетания кода МКБ 10, соответствующего лучевым повреждениям, дополнительного кода С., а также иного классификационного критерия «olt», отражающего состояние после перенесенной лучевой терапии.

КСГ ds36.006 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения»

Отнесение к данной КСГ производится, если диагноз относится к классу С, при этом больному не оказывалось услуг, являющихся классификационным критерием (химиотерапии, лучевой терапии, хирургической операции). Данная группа может применяться в случае необходимости проведения поддерживающей терапии и симптоматического лечения.

При экспертизе качества медицинской помощи целесообразно обращать внимание на обоснованность подобных госпитализаций.

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

КСГ ds19.029 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой (подтверждением) диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ»

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

- А07.23.008.001 «Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией головного мозга с введением контрастного вещества»;

- А07.30.043 «Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с опухолетропными РФП»;

- А07.30.043.001 «Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с опухолетропными РФП с контрастированием».

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

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

В случае если в условиях дневного стационара пациенту выполнена биопсия, являющаяся классификационным критерием КСГ с коэффициентом затратоемкости, превышающим коэффициент затратоемкости КСГ ds19.033, оплата такой госпитализации осуществляется по КСГ с наибольшим коэффициентом затратоемкости.

Порядок оплаты скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации

Настоящий раздел регламентирует порядок определения тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой на догоспитальном этапе станциями и отделениями скорой медицинской помощи.

На основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, определяется размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{СМП} = \frac{(N_o_{СМП} \times N_{фз_{СМП}}) \times Чз - O_{С_{МТР}}}{Чз}, \text{ где:}$$

- $\Phi O_{CP}^{СМП}$ размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;
- $N_o_{СМП}$ средний норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, вызовов;
- $N_{фз_{СМП}}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, рублей;
- $O_{С_{МТР}}$ размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами

Ростовской области за вызов, рублей;

Чз численность застрахованного населения Ростовской области на 01.01.2023, человек.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из объема средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ростовской области, по следующей формуле:

$$\text{Пн}_{\text{БАЗ}} = \frac{\text{ОС}_{\text{СМП}} - \text{ОС}_{\text{В}}}{\text{Чз} \times \text{КД}},$$

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 Ростовской области лицам за вызов, рублей;

КД единый коэффициент дифференциации для Ростовской области, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

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

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

где:

ДПнⁱ дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей;

$K_{ПВ}^i$	коэффициент половозрастного состава;
$K_{Дур}^i$	коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации) для i -той медицинской организации;
$K_{ЗП}^i$	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);
$K_{Д}^i$	коэффициент дифференциации i -той медицинской организации.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи включает расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, 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), 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.

В части расходов на оплату труда учтено финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные

выплаты врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитан поправочный коэффициент, равный 1,003. Размеры фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи с указанием коэффициентов специфики, учитывающих половозрастные коэффициенты дифференциации и коэффициенты уровня расходов медицинских организаций, указаны в приложении 3.4 к Тарифному соглашению.

Оплата расходов за оказание скорой медицинской помощи медицинскими организациями Ростовской области гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, производится по тарифу одного вызова бригады СМП (фельдшерской, врачебной, специализированной), включающему в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, 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), 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.

Применяемый в этих случаях тариф стоимости одного вызова бригады скорой медицинской помощи является единым для всех медицинских организаций и устанавливается в усредненном размере, соответствующем нормативной стоимости единицы объема скорой медицинской помощи, установленной Правительством РФ в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год с учетом коэффициента дифференциации и размера средств, направляемых на оплату скорой помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным на территории Ростовской области за пределами области.

Размеры

базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема её оказания (вызов скорой медицинской помощи)

Наименование услуги (вызова)	Стоимость с учетом коэффициента дифференциации 1,001, руб.
Проведение тромболиза (однократное болюсное введение тромболитических препаратов)*	64889,70
Вызов бригады скорой медицинской помощи при оказании помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации*	3 558,20

*Применяется в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива

Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива	По группам застрахованных лиц									
	Дети						Трудоспособный возраст		Пенсионеры	
	0 - 1 год		1 - 4 года		5 - 17 лет		18 - 59 лет	18 - 54 лет	60 лет и старше	55 лет и старше
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
	2,086	1,8555	1,344	1,1863	0,4684	0,4563	0,5779	0,5475	2,4334	3,2425
	6		5							