Одобрено решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
(протокол заседания от 14 ноября 2017 г. № 66/11/19)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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

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

1. Введение

Оплата медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования с применением клинико-статистических групп (далее – КСГ) впервые внедрена в Российской Федерации с 2013 года. На протяжении последних лет модель КСГ совершенствовалась путем расширения и увеличения количества групп.

Так, в 2013 году была разработана модель с применением 187 КСГ, а на 2018 год предусмотрено 339 КСГ в стационарных условиях и 132 групп для дневных стационаров.

Регулярная актуализация модели позволяет точнее классифицировать случаи госпитализации и реализовывать основной принцип оплаты по КСГ – справедливость, то есть большая оплата за больший объем оказанной помощи с учетом ее сложности.

Основными отличиями новой модели КСГ от предыдущих версий являются: утверждение новых дополнительных классификационных критериев формирования КСГ, в соответствии с которыми, в том числе перегруппированы случаи лечения по профилям медицинской помощи «Онкология», «Медицинская реабилитация»; утверждение новых КСГ по профилю медицинской помощи «Гериатрия» и для случаев лечения пациентов с синдромом органной дисфункции; расширение перечня случаев, для которых рекомендовано установление коэффициента сложности лечения пациентов.

2. Основные понятия и термины

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

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

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

Клинико-профильная группа (КПГ) – группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи;

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

Базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных настоящими рекомендациями (средняя стоимость законченного случая лечения);

Коэффициент относительной затратоемкости – устанавливаемый настоящими рекомендациями коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

Коэффициент дифференциации – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и индекса бюджетных расходов для отдельных территорий, используемый в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации;

Поправочные коэффициенты – устанавливаемые на территориальном уровне: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов;

Управленческий коэффициент – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе;

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами;

Коэффициент сложности лечения пациентов – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, устанавливаемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более

высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи;

Подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний – группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом дополнительных классификационных критериев, в том числе устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по клинико-статистической группе, с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп;

Оплата медицинской помощи за услугу – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных настоящими рекомендациями.

3. Основные подходы к оплате медицинской помощи по КСГ и КПГ

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях)) и в условиях дневного стационара, в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Программа) применяются следующие способы оплаты:

– за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ);

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

Оплата за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, по КСГ (КПГ) осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

– заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;

– социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения), в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

– заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской

помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, для которых Программой установлена средняя стоимость оказания медицинской помощи, в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

– услуг диализа, включающих различные методы.

При планировании объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (в том числе в условиях дневного стационара) и оплачиваемой по КСГ (КПГ), из общего объема средств, рассчитанного исходя из нормативов территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, исключаются средства:

– предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов;

– предназначенные на оплату медицинской помощи вне системы КСГ или КПГ (в случаях, являющихся исключениями);

– направляемые на формирование нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения значения среднего поправочного коэффициента (СПК) по сравнению с запланированным.

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

Субъект Российской Федерации самостоятельно определяет способ оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях:

на основе КПГ, объединяющих заболевания;

на основе КСГ, объединяющих заболевания.

При этом не исключается возможность сочетания использования этих способов оплаты при различных заболеваниях.

Все КСГ распределены по профилям медицинской помощи, при этом часть диагнозов, хирургических операций и других медицинских технологий могут использоваться в смежных профилях, а часть являются универсальными для применения их в нескольких профилях. При оплате медицинской помощи в подобных случаях отнесение КСГ к конкретной КПГ не учитывается. Например, при оказании медицинской помощи на терапевтических койках ЦРБ пациенту с диагнозом «Бронхиальная астма», который относится к КСГ «Астма», оплата производится по соответствующей КСГ, вне зависимости от того, что данная КСГ входит в КПГ «Пульмонология». Исключением являются КСГ, включенные в профили «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия», лечение в рамках которых может осуществляться только в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию

на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия» соответственно.

Конкретный способ оплаты медицинской помощи при различных заболеваниях устанавливается территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Формирование КПГ осуществляется на основе профилей медицинской деятельности в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 года № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи».

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов:

1. Основные классификационные критерии:

a. Диагноз (код по МКБ 10);

b. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н (далее – Номенклатура), при наличии;

2. Дополнительные классификационные критерии:

a. Возрастная категория пациента;

b. Сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ 10);

c. Пол;

d. Длительность лечения;

e. Оценка состояния пациента по шкалам: Шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), Шкала Реабилитационной Маршрутизации;

f. Схема лечения;

g. Длительность непрерывного проведения искусственной вентиляции легких.

Расшифровка групп в соответствии с МКБ 10 и Номенклатурой, а также инструкция по группировке случаев, включающая, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (далее – Инструкция), представляется Федеральным фондом обязательного медицинского страхования территориальным фондам обязательного медицинского страхования в электронном виде.

Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ 10, являющийся основным поводом к госпитализации. Например, если пациент, страдающий сахарным диабетом, госпитализирован в медицинскую организацию с легочной эмболией, для

оплаты медицинской помощи в реестре счетов в поле «Основной диагноз» указывается легочная эмболия, в поле «Сопутствующий диагноз» указывается сахарный диабет.

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

При наличии нескольких хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет наиболее высокий коэффициент относительной затратоемкости. В ряде случаев, предусмотренных Инструкцией, отнесение случая к той или иной КСГ может осуществляться с учетом кода диагноза по МКБ 10.

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, то выбор между применением КСГ, определенной в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10, и КСГ, определенной на основании кода Номенклатуры, осуществляется в соответствии с правилами, приведенными в Инструкции.

При оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в составе КСГ в тарифном соглашении могут быть выделены подгруппы, в том числе с учетом дополнительных критериев, устанавливаемых в субъекте Российской Федерации. При этом дополнительный классификационный критерий должен быть в обязательном порядке включен в реестр счетов, формируемый медицинскими организациями и передаваемый в ТФОМС. В качестве дополнительных классификационных критериев могут быть определены: длительное пребывание в реанимации или использование дорогостоящих реанимационных технологий, дорогостоящих медикаментов (расходных материалов), уровень оказания медицинской помощи в случае сложившейся однообразной этапности ее оказания для конкретной КСГ.

Выделение дорогостоящих медикаментов (расходных материалов) в качестве дополнительных классификационных критериев возможно при наличии конкретных показаний, определенных клиническими рекомендациями (протоколами лечения) в ограниченном количестве случаев, входящих в базовую КСГ, только для лекарственных препаратов, входящих в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, и расходных материалов, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках Программы. Дифференцирующими

признаками в таких подгруппах могут быть услуги по применению конкретных лекарственных препаратов. Уровень затрат определяется исходя из сложившегося среднего уровня закупочных цен на данные препараты в субъекте Российской Федерации либо в соответствии с зарегистрированными предельными отпускными ценами.

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

СКЗ рассчитывается по формуле:

$$СКЗ = \frac{\sum(КЗ_i \times Ч^i_{СЛ})}{\sum Ч_{СЛ}}$$, где:

$КЗ_i$ весовой коэффициент затратоемкости подгруппы i;

$Ч^i_{СЛ}$ количество случаев, пролеченных по подгруппе i;

$Ч_{СЛ}$ количество случаев в целом по группе.

Количество случаев по каждой подгруппе планируется в соответствии с количеством случаев за предыдущий год, с учетом имеющихся в субъекте Российской Федерации приоритетов. Детальные правила выделения и применения подгрупп регламентируются Инструкцией.

Размер финансового обеспечения медицинской организации по КСГ или КПГ рассчитывается как сумма стоимости всех случаев госпитализации в стационаре:

$$ФО_{МО} = \sum СС_{КСГ/КПГ}$$, где:

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

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

Применение способа оплаты стационарной медицинской помощи по КСГ или КПГ возможно только после осуществления в субъекте Российской Федерации расчетов по прогнозированию размеров финансового обеспечения медицинских организаций при переходе на оплату медицинской помощи по данным группам заболеваний. В случае если уровень финансового обеспечения отдельных медицинских организаций отличается

от размера их финансового обеспечения при применении ранее действующего метода финансирования более чем на 10%, необходимо проведение анализа структуры госпитализаций и принятие управленческих решений по оптимизации уровня и структуры госпитализаций, в том числе утверждение на территории субъекта Российской Федерации управленческого коэффициента, коэффициента уровня оказания стационарной медицинской помощи и выделение подгрупп в структуре КСГ.

Анализ структуры госпитализаций в разрезе медицинских организаций осуществляется с использованием среднего коэффициента затратоемкости стационара ($СКЗ_{ст}$), который рассчитывается по формуле:

$$СКЗ_{СТ} = \sum \frac{Ч^{i}_{СЛ} \times КЗ_{КСГ/КПГ}}{Ч_{СЛ}}$$, где:

$Ч^{i}_{СЛ_i}$ — число случаев госпитализации пациентов по определенной КСГ или КПГ в стационарных условиях;

$КЗ_{КСГ/КПГ}$ — коэффициент относительной затратоемкости по определенной КСГ или КПГ;

$Ч_{СЛ}$ — общее количество законченных случаев лечения в стационарных условиях за год.

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

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

– среднюю длительность пребывания в стационаре;

– уровень и структуру заболеваемости в круглосуточном стационаре;

– долю отдельных групп КСГ в стационарных условиях в общем количестве законченных случаев: № 11, № 76, №№ 146-157, № 167, № 173, № 235, № 245, № 256, № 301;

– уровень и структуру заболеваемости в условиях дневного стационара;

– долю отдельных групп КСГ в условиях дневного стационара в общем количестве случаев лечения: № 3, № 35, № 46, № 47, № 48, №№ 54-63, № 65, № 71, № 86, № 91, № 97, № 112;

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

– оперативную активность;

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

4. Основные параметры оплаты медицинской помощи по КСГ или КПГ, определяющие стоимость законченного случая лечения

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

1. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПГ (базовая ставка);
2. Коэффициент относительной затратоемкости;
3. Коэффициент дифференциации, при наличии;
4. Поправочные коэффициенты:
   a. управленческий коэффициент;
   b. коэффициент уровня оказания медицинской помощи;
   c. коэффициент сложности лечения пациента.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (ССксг/кпг) по КСГ или КПГ определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ/КПГ} = БС \times КЗ_{КСГ/КПГ} \times ПК \times КД \text{, где}$$

БС — размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), рублей;

$КЗ_{КСГ/КПГ}$ — коэффициент относительной затратоемкости по КСГ или КПГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне);

ПК — поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ (интегрированный коэффициент, устанавливаемый на региональном уровне);

КД — коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти

субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее - Постановление № 462).

В случае, если для всей территории субъекта Российской Федерации установлено единое значение КД, то для расчета стоимости случаев лечения применяется единое значение КД. Если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько значений КД, в том числе для расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований, к стоимости случаев лечения применяется значение КД, соответствующее территории, на которой расположена медицинская организация.

4.1. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПГ (базовая ставка)

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПГ (базовая ставка), определяется исходя из следующих параметров:

– объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (в условиях дневного стационара) и оплачиваемой по КСГ или КПГ (ОС);

– общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ или КПГ (Чсл);

– среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ или КПГ (СПК).

Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации, и рассчитывается по формуле:

$$БС = \frac{ОС}{Ч_{СЛ} \times СПК}.$$

СПК рассчитывается по формуле:

$$СПК = \frac{\sum(КЗ_i \times ПК_i \times КД_i)}{Ч_{СЛ}}.$$

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

стационарных условиях и в условиях дневного стационара. При этом, учитывая особенности оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара в различных регионах, недопустимо отклонение базовой ставки для дневного стационара более чем на 30% от нормативов, установленных Программой.

Данное требование не применяется в случае, если число законченных случаев проведения заместительной почечной терапии методом диализа в субъекте Российской Федерации превышает пороговое значение, определяемое следующим образом:

$$Ч^{*}_{Д} = \frac{Н_{ОДС} \times Н_{ФЗДС} \times Ч_{ЗЛ} - ОС^{ДС}_{МТР} - ОС^{ДС}_{НСЗ} - ОС^{ДС}_{ВМП} - 0{,}7 \times Н_{ОДС} \times Н_{ФЗДС} \times Ч_{ЗЛ} \times СПК}{Н^{ДС}_{Д} - 0{,}7 \times СПК \times Н_{ФЗДС}}$$, где

$Ч^{*}_{Д}$ — пороговое значение числа законченных случаев проведения заместительной почечной терапии методом диализа;

$Н_{ОДС}$ — норматив объема медицинской помощи в условиях дневного стационара, установленный территориальной программой ОМС;

$Н_{ФЗДС}$ — норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в условиях дневного стационара, установленный территориальной программой ОМС;

$Ч_{ЗЛ}$ — численность застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации;

$ОС^{ДС}_{МТР}$ — объем средств, предназначенных для осуществления межтерриториальных расчетов за медицинскую помощь, оказанную в условиях дневного стационара;

$ОС^{ДС}_{НСЗ}$ — объем средств, направляемых на формирование НСЗ территориального фонда ОМС в части превышения установленного объема средств, предназначенного для оплаты медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения значения среднего поправочного коэффициента по сравнению с запланированным;

$ОС^{ДС}_{ВМП}$ — объем средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;

$Н_{д}^{дс}$ средняя стоимость законченного случая проведения заместительной почечной терапии методом диализа, рассчитанная в соответствии с тарифами на оплату услуг диализа (без учета коэффициента дифференциации) (Приложение 4).

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

Плановое количество случаев лечения по каждой медицинской организации (каждой КСГ или КПГ) определяется согласно статистическим данным в рамках персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, осуществляемого в соответствии с главой 10 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» с учетом запланированных изменений структуры госпитализаций.

4.2. Коэффициент относительной затратоемкости КСГ или КПГ

Коэффициент относительной затратоемкости определяется на федеральном уровне для каждой КСГ и КПГ при оказании медицинской помощи в стационарных условиях (Приложение 1) и в условиях дневного стационара (Приложение 2) и не может быть изменен при установлении тарифов в субъектах Российской Федерации.

Перечни КСГ (Приложение 1 и 2) включают, в том числе КСГ с одинаковым наименованием, содержащим уточнение уровня, например, «Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)» и «Аппендэктомия, взрослые (уровень 2). В таких случаях уровень означает уровень затратоемкости группы заболеваний (чем выше уровень, тем выше значение коэффициента относительной затратоемкости), а не уровень оказания медицинской помощи, установленный для медицинской организации.

4.3. Поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ

Поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ для конкретного случая рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты, установленных в субъекте Российской Федерации, по следующей формуле:

$$ПК = КУ_{КСГ/КПГ} \times КУС_{МО} \times КСЛП, \text{ где:}$$

$КУ_{КСГ/КПГ}$ управленческий коэффициент по КСГ или КПГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ или КПГ);

$КУС_{МО}$ коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данного случая).

Расчет и установление значений поправочных коэффициентов осуществляется отдельно для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

4.3.1. Управленческий коэффициент

Управленческий коэффициент ($КУ_{КСГ/КПГ}$) устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации, для конкретной КСГ или КПГ.

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

Управленческий коэффициент применяется к КСГ или КПГ в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи.

Управленческий коэффициент необходимо устанавливать таким образом, чтобы средневзвешенный управленческий коэффициент (с учетом количества случаев по каждой КСГ) был равен 1 (применение повышающего коэффициента к одним КСГ должно сопровождаться сопоставимым применением понижающего коэффициента к другим КСГ с целью соблюдения принципов "бюджетной нейтральности").

Условие применения управленческого коэффициента:

$$\frac{\sum\left(КУ_j \times КЗ_j \times Чсл_j\right)}{Чсл} = 1$$, где:

$Чсл_j$ — число пролеченных случаев по клинико-статистической группе j;

Чсл — число пролеченных случаев;

$КУ_j$ — управленческий коэффициент, применяемый к клинико-статистической группе j;

$КЗ_j$ — коэффициент относительной затратоемкости по клинико-статистической группе j.

Суммирование в числителе и знаменателе формулы осуществляется по клинико-статистическим группам, к которым применяется понижающий или повышающий управленческий коэффициент.

Число пролеченных случаев по каждой КСГ определяется на основании фактических данных о числе случаев лечения в разрезе КСГ за прошедший год или на основании планового количества случаев лечения по каждой КСГ.

Значение управленческого коэффициента не может превышать 1,4.

В случае применения управленческого коэффициента с целью коррекции рисков его значение должно быть рассчитано с учетом фактических расходов на оказание медицинской помощи в рамках конкретной КСГ.

Если в субъекте Российской Федерации базовая ставка для дневного стационара снижена более чем на 30% от нормативов, установленных Программой, в случаях, предусмотренных пунктом 4.1 настоящих рекомендаций, необходимо применение повышающих управленческих коэффициентов к КСГ, в стоимости которых значительную долю занимают расходы на лекарственные препараты и расходные материалы (перечень КСГ представлен в Инструкции).

К КСГ, включающим оплату медицинской помощи с применением сложных медицинских технологий, в том числе при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности, а также к КСГ, связанным с применением лекарственной терапии онкологическим больным в условиях круглосуточного и дневного стационаров, применение понижающих коэффициентов не допускается (перечень представлен в Инструкции).

К КСГ, включающим оплату медицинской помощи при заболеваниях, лечение которых должно преимущественно осуществляться в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара (перечень представлен в Инструкции), повышающий управленческий коэффициент не применяется.

4.3.2. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи

При оплате медицинской помощи учитываются этапы (уровни) предоставления медицинской помощи в соответствии с порядками ее оказания. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации, в разрезе трех уровней оказания медицинской помощи (за исключением городов федерального значения, где возможно установление двух уровней) дифференцированно для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций в соответствии с действующим законодательством. При этом структурные подразделения медицинской организации, оказывающие медицинскую помощь соответственно в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, исходя из маршрутизации пациентов, могут иметь различные коэффициенты уровня оказания медицинской помощи.

Решение по установлению коэффициента уровня оказания медицинской помощи для КСГ в условиях дневного стационара принимается на уровне субъекта Российской Федерации. Исключение составляют медицинские организации, расположенные на территории закрытых административных территориальных образований, коэффициент подуровня оказания медицинской помощи для которых устанавливается в значении не менее 1,2. При отсутствии различий в оказании медицинской помощи в дневном стационаре в медицинских организациях разного уровня субъект Российской Федерации может отказаться от установления коэффициента уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара.

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

Среднее значение коэффициента уровня оказания медицинской помощи составляет:

1) для медицинских организаций 1-го уровня - 0,95;

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

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

В пределах 3-го уровня системы оказания медицинской помощи выделяют подуровень, включающий, в том числе федеральные медицинские организации, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь в пределах нескольких субъектов Российской Федерации.

С учетом объективных критериев (разница в используемых энергоносителях, плотность населения обслуживаемой территории, монопрофильная медицинская организация, например, инфекционная больница, и т.д.), основанных на экономическом обосновании и расчетах, выполненных в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату

медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н в составе Правил обязательного медицинского страхования (далее – Методика расчета тарифов), по каждому уровню могут выделяться не более 5 подуровней оказания медицинской помощи с установлением коэффициентов по каждому подуровню.

Границы значений коэффициента подуровня оказания медицинской помощи:

1) для медицинских организаций 1-го уровня – от 0,7 до 1,2;
2) для медицинских организаций 2-го уровня – от 0,9 до 1,3;
3) для медицинских организаций 3-го уровня – от 1,1 до 1,5;

3.1) для федеральных медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в пределах нескольких субъектов Российской Федерации – от 1,4 до 1,7.

Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий, а также госпитали ветеранов войн необходимо относить к подуровню с более высоким коэффициентом подуровня оказания медицинской помощи.

Для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административных территориальных образований, выделяют подуровень в пределах соответствующего уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара с установлением значения коэффициента подуровня оказания медицинской помощи не менее 1,2.

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

$$СКУС_i = \frac{\sum(КУСмо_j \times Чсл_j)}{Чсл_i}, \text{ где:}$$

$СКУС_i$ средневзвешенный коэффициент уровня i;

$КУСмо_i$ коэффициент подуровня j;

$Чсл_i$ число случаев, пролеченных в стационарах с подуровнем j;

$Чсл_i$ число случаев в целом по уровню.

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

Установленные тарифным соглашением средние значения коэффициента

уровня оказания медицинской помощи для каждого последующего уровня в обязательном порядке должны превышать значения, установленные для предыдущих уровней.

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

Учитывая, что различия в затратах на оказание медицинской помощи учтены при расчете коэффициентов затратоемкости, коэффициент уровня оказания медицинской помощи при оплате медицинской помощи по ряду КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне оказания медицинской помощи, не применяется. Исключение составляют медицинские организации, расположенные на территории закрытых административных территориальных образований, коэффициент уровня оказания медицинской помощи для которых применяется ко всем КСГ. Перечень КСГ, для которых не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи, приведен в Инструкции. На уровне субъекта Федерации данный перечень может быть расширен.

Вместе с тем, в целях регулирования более высокого уровня затрат на оказание медицинской помощи, уровня госпитализации отдельных групп заболеваний, а также учета особенностей оказания медицинской помощи, предусмотрено также установление поправочных коэффициентов: управленческого и коэффициента сложности лечения пациента.

4.3.3. Коэффициент сложности лечения пациента

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации, к отдельным случаям оказания медицинской помощи.

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

КСЛП устанавливается на основании объективных критериев, перечень которых приводится в тарифном соглашении и в обязательном порядке отражаются в реестрах счетов.

КСЛП применяется также при сверхдлительных сроках госпитализации, обусловленных медицинскими показаниями. К сверхдлительным срокам госпитализаций относятся случаи лечения длительностью более 30 дней, за исключением ряда КСГ (перечень представлен в Инструкции), для которых сверхдлительными являются сроки лечения, превышающие 45 дней.

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8, за исключением случаев сверхдлительной госпитализации. В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется без ограничения итогового значения.

Случаи, в которых рекомендуется устанавливать КСЛП, и диапазоны его значений установлены Приложением 3 к настоящим рекомендациям. При этом возможно установление в тарифном соглашении различных значений из указанных диапазонов, в зависимости от выполнения имевших место конкретных оперативных вмешательств и диагностических исследований.

5. Подходы к оплате отдельных случаев оказания медицинской помощи по КСГ или КПГ

5.1. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи

Тарифным соглашением должен быть определен порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований.

В целях оплаты медицинской помощи к прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения. Перечень групп, по которым необходимо осуществлять оплату в полном объеме независимо от длительности лечения, представлен в Инструкции.

В случае если длительность лечения составила 3 дня и менее и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80 – 90% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Конкретная доля оплаты данных случаев устанавливается в тарифном соглашении. Если хирургическое лечение, либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере не более 50% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10). При этом в регионе может осуществляться оплата указанных случаев в зависимости от фактического количества дней лечения.

В случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе) составила более 3-х дней и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80 – 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной

КСГ. Конкретная доля оплаты данных случаев устанавливается в тарифном соглашении. Если хирургическое лечение, либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 50 - 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10). При этом в регионе может осуществляться оплата указанных случаев в зависимости от фактического количества дней лечения.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара (в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар – на усмотрение субъекта Российской Федерации), 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 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ:

– проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

– дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более (за исключением случаев, представленных в Инструкции) с последующим родоразрешением.

При этом если один из случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

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

При направлении в медицинскую организацию, в том числе федеральную, с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем

необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ 10 либо по коду Номенклатуры, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

Медицинская помощь, в том числе в неотложной форме, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками и на основе стандартов медицинской помощи, может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, по соответствующей КСГ (КПГ).

После оказания в медицинской организации, в том числе федеральной медицинской организации, высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по КСГ, формируемой по коду МКБ 10.

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

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень). Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий. При этом размер тарифа на оплату медицинской помощи, рассчитанный по КСГ с учетом применения поправочных коэффициентов (за исключением коэффициента сложности лечения пациента), не должен превышать норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по

соответствующему методу.

5.3. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»

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

Для КСГ №№ 325-333 в стационарных условиях и для КСГ №№ 123-128 критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ). При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях с оплатой по соответствующей КСГ. При оценке 2-3 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. Градации оценки и описание Шкалы Реабилитационной Маршрутизации приведены в Инструкции.

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 продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

5.4. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа

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

Перечень тарифов (без учета коэффициента дифференциации) на оплату услуг диализа с учетом применения различных методов представлен в Приложении 4.

Применение коэффициента дифференциации (при наличии) к стоимости услуги осуществляется с учетом доли расходов на заработную плату в

составе тарифа на оплату медицинской помощи. Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг недопустимо. Учитывая единственный, законодательно установленный, способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара – законченный случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество услуг в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения. В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

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

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

A18.05.002.004 Гемодиализ с селективной плазмофильтрацией и адсорбцией;

A18.05.003.001 Гемофильтрация крови продленная;

A18.05.006.001 Селективная гемосорбция липополисахаридов;

A18.05.001.003 Плазмодиафильтрация;

A18.05.001.005 Плазмофильтрация селективная;

A18.05.001.004 Плазмофильтрация каскадная;

A18.05.020.001 Плазмосорбция сочетанная с гемофильтрацией;

A18.05.021.001 Альбуминовый диализ с регенерацией альбумина.

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

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

для предоставления оплаты по КСГ по профилю «Неонатология».

Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов, рекомендуется в тарифном соглашении устанавливать поправочные коэффициенты (КСЛП) к случаям проведения экстракорпорального оплодотворения. Перечень случаев и значения коэффициентов приведены в Приложении 3.

С учетом КСЛП оплата экстракорпорального оплодотворения осуществляется в зависимости от этапа в размере согласно таблице 1:

Таблица 1

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

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

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

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

При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, Программой установлены следующие способы оплаты:

– по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

– за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

– по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи).

2. Основные параметры оплаты первичной медико-санитарной помощи

В соответствии с подпунктом 1 пункта 12.3 Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленных приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18 ноября 2014 г. № 200 (далее – Требования), на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, определяется средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$ФО_{СР}^{АМБ} = \frac{(Но_{ПРОФ} \times Нфз_{ПРОФ} + Но_{ОЗ} \times Нфз_{ОЗ} + Но_{НЕОТЛ} \times Нфз_{НЕОТЛ}) \times Чз - ОС_{МТР}}{Чз}$$, где:

$ФО_{СР}^{АМБ}$ средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$Но_{ПРОФ}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;

$Но_{ОЗ}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, обращений;

$Но_{НЕОТЛ}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;

$Нфз_{ПРОФ}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$Нфз_{ОЗ}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой

программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$Нфз_{НЕОТЛ}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

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

Чз численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек.

2.1. Определение среднего подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц

Исходя из среднего размера финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо определяется базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по следующей формуле:

$$Пн_{БАЗ1} = \frac{\left(ФО_{СР}^{АМБ} \times Чз - ОС_{ЕО1}\right)}{Чз}, \text{ где:}$$

$Пн_{БАЗ1}$ базовый (средний) подушевой норматив финансирования, рублей;

$ОС_{ЕО1}$ размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц

(далее – подушевой норматив) не включаются:

– расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;

– расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;

– расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме.

Также в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются расходы на финансовое обеспечение медицинской помощи при социально значимых заболеваниях (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения) в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

При этом в субъекте Российской Федерации в подушевой норматив могут не включаться отдельные виды расходов (на стоматологическую медицинскую помощь, медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» и т.п., расходы на оплату услуг магнитно-резонансной томографии и компьютерной томографии и других видов дорогостоящих исследований).

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

Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования вне зависимости от применяемого способа оплаты устанавливаются единые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, применяемые при межучрежденческих (могут осуществляться медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями в соответствии с заключенным тарифным соглашением) и межтерриториальных (осуществляются территориальным фондом обязательного медицинского страхования) расчетах, в соответствии с подпунктом 3 пункта 12.3 Требований.

2.2. Определение дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи, установленных пунктом 4 Требований, в субъекте Российской Федерации рассчитывается дифференцированный подушевой норматив для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций по следующей формуле:

$ДПн^{i} = Пн_{БАЗ} \times СКД^{i}_{ИНТ}$, где:

$ДПн^{i}$ — дифференцированный подушевой норматив для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей;

$СКД^{i}_{ИНТ}$ — средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций.

Объединение медицинских организаций в однородные группы (подгруппы) осуществляется исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива. Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива определяется по каждой медицинской организации по следующей формуле:

$КД_{ИНТ} = КД_{ПВ} \times КД_{СП} \times КД_{ПН} \times КД_{СИ} \times КД_{ЗП} \times КД_{СУБ}$, где:

$КД_{ИНТ}$ — интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации;

$КД_{ПВ}$ — половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;

$КД_{СП}$ — коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских пунктов, а также подразделений, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, медицинских организаций, расположенных в сельской местности, в отдаленных, труднодоступных и малонаселенных районах и т.п.) (при необходимости);

$КД_{ПН}$ — коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность прикрепленного населения субъекта Российской Федерации (при необходимости);

$КД_{СИ}$ — коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций (при необходимости);

$КД_{ЗП}$ — коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития

здравоохранения в субъекте Российской Федерации (при необходимости);

$КД_{СУБ}$ районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации или г. Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР или расчетный уровень индекса бюджетных расходов, установленные для территории, на которой расположена медицинская организация (в соответствии с пунктом 6 Требований).

Представленный перечень коэффициентов является исчерпывающим, использование иных коэффициентов, не предусмотренных настоящими рекомендациями, недопустимо. При этом в субъекте Российской Федерации используются только те коэффициенты, которые отражают особенности данного субъекта.

При этом при расчете каждого коэффициента дифференциации значение, равное 1, соответствует средневзвешенному уровню.

Значение интегрированного коэффициента дифференциации для медицинской организации рекомендуется осуществлять по следующему алгоритму:

1) Определяются необходимые коэффициенты дифференциации, которые учитывают объективные различия в организации медицинской помощи прикрепившемуся населению к разным медицинским организациям из числа коэффициентов $КД_{СП}$, $КД_{ПН}$, $КД_{СИ}$, $КД_{ЗП}$, $КД_{СУБ}$. $КД_{ПВ}$ является обязательным для применения.

При осуществлении дифференциации подушевого норматива следует учитывать, что основным фактором дифференциации является половозрастной состав прикрепившегося населения, в соответствии с которым определяются половозрастные коэффициенты потребления медицинской помощи.

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации распределяется на половозрастные группы (подгруппы) в соответствии с пунктами 7, 8 Требований. При этом в соответствии с пунктом 7 Требований для каждой половозрастной группы (подгруппы) рассчитываются единые значения коэффициента дифференциации в пределах субъекта Российской Федерации. Указанные коэффициенты устанавливаются тарифным соглашением субъекта в соответствии с подпунктом 4 пункта 12.3 Требований.

Расчет коэффициентов потребления медицинской помощи по половозрастным группам проводится на основе данных о фактической стоимости оказанных медицинских услуг в субъекте Российской Федерации, включаемых в состав базового (среднего) подушевого норматива финансирования.

Рекомендуемый расчетный период для определения половозрастных коэффициентов дифференциации составляет 1 год, но не менее 6 месяцев, предшествующие утверждению тарифного соглашения в системе ОМС субъекта Российской Федерации.

2) По каждому коэффициенту дифференциации определяются значения.

Примерный порядок объединения медицинских организаций в однородные (по уровню затрат) группы с точки зрения потребности в затратах на организацию и оказание медицинской помощи с использованием факторов дифференциации представлен в Инструкции.

$КД_{СУБ}$ используется в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации, в том числе для расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований.

В случае, если коэффициент дифференциации является единым для всей территории субъекта Российской Федерации, то данный коэффициент учитывается в базовом (среднем) подушевом нормативе финансирования.

В случае применения $КД_{СУБ}$ следует исключить применение коэффициентов дифференциации, учитывающих аналогичные особенности.

По $КД_{ПВ}$ $КД_{ЗП}$, $КД_{СУБ}$ - медицинские организации группируются в пределах интервалов индивидуальных значений.

3) Рассчитывается интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива для медицинских организаций в соответствии с формулой ($КД_{ИНТ}$).

4) Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива ранжируются от максимального до минимального значения и объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой группы $СКД^{i}_{ИНТ}$.

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

$$ПК = \frac{\sum_i \left(ДПн^i \times Ч^i_З\right)}{Пн_{БАЗ} \times Ч_З}, \text{ где}$$

$Ч^i_З$ численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той группе (подгруппе) медицинских организаций, человек.

Фактический дифференцированный подушевой норматив для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций (ФДПн) рассчитывается по формуле:

$$ФДПн^{i} = \frac{ДПн^{i}}{ПК}, \text{ где:}$$

$ФДПн^{i}$ — фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей.

Распределение застрахованных лиц по медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, устанавливается на начало соответствующего года и может корректироваться на основании данных регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц.

3. Порядок оплаты первичной медико-санитарной помощи

3.1. Оплата первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи

При оплате первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи предельный размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, определяется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива по следующей формуле:

$$ФО_{ПРЕД} = ФДПн^{i} \times Чз^{ПР}, \text{ где:}$$

$ФО_{ПРЕД}$ — предельный размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, рублей;

$Чз^{ПР}$ — численность застрахованных лиц, прикрепленных к данной медицинской организации, человек.

Фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, складывается исходя из фактически оказанных объемов медицинской помощи:

$$ФО_{ФАКТ} = \sum(О_{МП} \times Т_i), \text{ где:}$$

$ФО_{ФАКТ}$ — фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, рублей;

$О_{МП}$ — фактические объемы первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, посещений (обращений);

$Т_i$ — тариф за единицу объема медицинской первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей.

Фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, не может превышать предельный размер финансового обеспечения. При этом выполнение объемов учитывается нарастающим итогом с начала года.

При выполнении медицинской организацией годовых объемов медицинской помощи, распределенных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования с учетом потребности прикрепленного населения в данной медицинской помощи, предельный и фактический размеры финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, равны.

Тарифы за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций определяются исходя из устанавливаемых тарифным соглашением субъекта Российской Федерации единых для всех медицинских организаций субъекта Российской Федерации, включенных в один уровень оказания медицинской помощи, базовых тарифов на единицу объема медицинской помощи, а также средневзвешенного интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива, определенного для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций:

$$Т_i = Т_{БАЗ} \times СКД^i_{ИНТ}, \text{ где:}$$

$Т_{БАЗ}$ — базовый тариф за единицу объема медицинской первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, рублей.

3.2. Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая

показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях

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

При этом размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу определяется по следующей формуле:

$$ОС_{ПН} = ДПн \times Чз^{ПР} + ОС_{РД}, \text{ где:}$$

$ОС_{ПН}$ — финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, рублей;

$Чз^{ПР}$ — численность застрахованных лиц, прикрепленных к данной медицинской организации, человек;

$ОС_{РД}$ — размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, рублей.

Оценка медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с целью осуществления выплат стимулирующего характера осуществляется ежемесячно, и, при необходимости, может осуществляться по итогам квартала, полугодия, года по показателям, которым соответствует данный период оценки.

Показатели результативности деятельности, порядок их применения и целевые значения устанавливаются Тарифным соглашением в соответствии с подпунктом 3 пункта 11.1 Требований. Посредством указанных показателей следует учитывать в обязательном порядке выполнение установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации объемов медицинской помощи. Рекомендуемый перечень показателей представлен в Приложении 5. При этом коллективными договорами,

соглашениями, локальными нормативными актами, заключаемыми в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права и регулирующими системы оплаты труда в медицинских организациях, в том числе системы доплат и надбавок стимулирующего характера и системы премирования, необходимо предусмотреть стимулирующие выплаты медицинским работникам за достижение аналогичных показателей.

Размер средств на осуществление стимулирующих выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившееся население, устанавливается Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации.

При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, может применяться способ оплаты по подушевому нормативу финансирования исходя из количества прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом оценки показателей результативности деятельности медицинской организации (включая фактическое выполнение объема медицинской помощи по видам и условиям оказания).

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

3.3. Оплата медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)

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

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

$ФО_{ФАКТ}$	фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;
$О_{МП}$	фактические объемы первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, посещений (обращений);
Т	тариф за единицу объема медицинской первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, рублей.

При этом тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, является единым для всех медицинских организаций субъекта Российской Федерации, включенных в один уровень оказания медицинской помощи.

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

Для федеральных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в пределах нескольких субъектов Российской Федерации, устанавливаются повышающие коэффициенты к стоимости единицы объема медицинской помощи от 1,4 до 1,7.

В качестве особенностей оплаты отдельных видов медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, следует отметить следующие.

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну услугу экстракорпорального диализа и один день перитонеального диализа. При этом в целях учета объемов медицинской помощи необходимо учитывать лечение в течение одного месяца как одно обращение (в среднем 13 услуг экстракорпорального диализа, 12 – 14 в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца). При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников. Тарифы на услуги устанавливаются дифференцированно по методам диализа (гемодиализ, гемодиафильтрация, перитонеальный диализ). При этом, учитывая одинаковые затраты, абсолютная стоимость услуг диализа является одинаковой, независимо от условий его оказания. Перечень тарифов (без учета коэффициента дифференциации) на оплату услуг диализа с учетом применения различных методов представлен в Приложении 4. Применение коэффициента дифференциации (при наличии) к стоимости услуги осуществляется с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи.

Проведение диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является обращение, включающее в себя диспансерное наблюдение пациента в течение месяца. Установление тарифа на проведение диспансерного наблюдения пациента осуществляется исходя из кратности рекомендованных при данной патологии посещений врачей и диагностических исследований, в том числе с применением дистанционных технологий получения информации о функциональных и биохимических показателях состояния пациентов.

Значения тарифов на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан (без коэффициента дифференциации) представлены в Приложении 6. Указанные значения могут быть скорректированы с учетом охвата населения диспансеризацией и профилактическими осмотрами, а также половозрастной структуры населения.

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

Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях по тарифам с учетом УЕТ должна быть основана на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение, что является наиболее эффективным, так как сокращается время на вызов пациента, подготовку рабочего места, операционного поля, работу с документами и т.д. При этом для планирования объема финансовых средств на оплату стоматологической помощи в амбулаторных условиях учитывается средняя кратность УЕТ в одном посещении, которая по Российской Федерации составляет 3,9.

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, представлено в Приложении 7.

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

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

1. Основные подходы к оплате скорой медицинской помощи

В соответствии с Программой оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

2. Основные параметры оплаты скорой медицинской помощи

В соответствии с подпунктом 1 пункта 12.6 Требований, на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, определяется средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$ФО_{СР}^{СМП} = \frac{(Но_{СМП} \times Нфз_{СМП}) \times Чз - ОС_{МТР}}{Чз}, \text{ где:}$$

$ФО_{СР}^{СМП}$ — средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$Но_{СМП}$ — средний норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, вызовов;

$Нфз_{СМП}$ — средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации,

установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

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

Чз — численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек.

2.1. Определение среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из среднего размера финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$Пн_{БАЗ} = \frac{(ФО_{СР}^{СМП} \times Чз - ОС_{В})}{Чз}, \text{ где:}$$

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

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

Тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи устанавливаются тарифным соглашением, в том числе на оплату скорой медицинской помощи в случае проведения тромболизиса.

В субъекте Российской Федерации могут быть установлены дополнительные виды скорой медицинской помощи, оплата которых

осуществляется за вызов скорой помощи.

Возможно применение варианта оплаты, при котором установленную тарифным соглашением долю средств медицинская организация получает по подушевому нормативу финансирования, а оставшуюся часть - по тарифам за вызов.

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

2.2. Определение дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи

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

$$ДПн^{i} = Пн_{БАЗ} \times СКД^{i}_{ИНТ}, \text{ где:}$$

$ДПн^{i}$ — дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей;

$СКД^{i}_{ИНТ}$ — средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, определенный для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций.

При этом объединение медицинских организаций в однородные группы (подгруппы) осуществляется исходя из значений коэффициента дифференциации подушевого норматива. Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи определяется по каждой медицинской организации по следующей формуле:

$$КД_{ИНТ} = КД_{ПВС} \times КД_{СР} \times КД_{ПН} \times КД_{СИ} \times КД_{ЗП} \times КД_{СУБ}, \text{ где:}$$

$КД_{ИНТ}$ — интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации;

$КД_{ПВС}$ половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;

$КД_{СР}$ коэффициент дифференциации, учитывающий средний радиус территории обслуживания (при наличии);

$КД_{ПН}$ коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность населения субъекта Российской Федерации (при наличии);

$КД_{СИ}$ коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций (при наличии);

$КД_{ЗП}$ коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации (при наличии);

$КД_{СУБ}$ районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации или г. Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР или расчетный уровень индекса бюджетных расходов, установленные для территории, на которой расположена медицинская организация (в соответствии с пунктом 6 Требований).

$КД_{СУБ}$ используется в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации, в том числе для расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований.

В случае если коэффициент дифференциации является единым для всей территории субъекта Российской Федерации, данный коэффициент учитывается в базовом (среднем) подушевом нормативе финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации.

В случае применения $КД_{СУБ}$ следует исключить применение коэффициентов дифференциации, учитывающих аналогичные особенности.

Перечень коэффициентов является исчерпывающим, и использование иных коэффициентов, не предусмотренных настоящими рекомендациями, недопустимо. При этом в субъекте Российской Федерации используются только те коэффициенты, которые отражают особенности данного субъекта.

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

При осуществлении дифференциации подушевого норматива следует учитывать, что основным фактором дифференциации является половозрастной состав прикрепившегося населения, в соответствии с которым определяются половозрастные коэффициенты потребления медицинской помощи.

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации распределяется на половозрастные группы (подгруппы) в соответствии с пунктами 7, 8 Требований. При этом в соответствии с пунктом 7 Требований для каждой половозрастной группы (подгруппы) рассчитываются единые значения коэффициента дифференциации в пределах субъекта Российской Федерации. Указанные коэффициенты устанавливаются тарифным соглашением субъекта в соответствии с подпунктом 4 пункта 12.6 Требований.

Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи ранжируются от максимального до минимального значения и объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой группы ($СКД^{i}_{инт}$).

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

$$ПК = \frac{\sum_i \left(ДПн^i \times Ч^i_з\right)}{Пн_{баз} \times Ч_з}, \text{ где:}$$

$Ч^i_з$ — численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той группе (подгруппе) медицинских организаций, человек.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации для группы (подгруппы) медицинских организаций (ФДПн) рассчитывается по формуле:

$$ФДПн^{i} = \frac{ДПн^{i}}{ПК}, \text{ где:}$$

$ФДПн^{i}$ фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей.

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

$$ФО_{СМП} = ФДПн^{i} \times Чз^{ПР} + ОС_{В}, \text{ где:}$$

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

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

В случае значительного отклонения фактически выполненных объемов скорой медицинской помощи от распределенных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объемов, размер финансового обеспечения медицинской организации может быть скорректирован в соответствии с механизмом, определенным тарифным соглашением субъекта Российской Федерации.

IV. ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ОПЛАТЕ ЛАБОРАТОРНЫХ УСЛУГ, ОКАЗЫВАЕМЫХ ЦЕНТРАЛИЗОВАННЫМИ ЛАБОРАТОРИЯМИ

Стоимость лабораторных медицинских услуг включена в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и в стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ или КПГ.

В случае наличия в субъекте Российской Федерации централизованной лаборатории, тарифным соглашением должны быть установлены единые тарифы на лабораторные услуги, применяемые, в том числе для централизованных лабораторий и рассчитанные в соответствии с Методикой расчета тарифов.

Межучрежденческие расчеты могут осуществляться медицинскими организациями (на основании заключенных между ними договоров) и страховыми медицинскими организациями в соответствии с тарифным соглашением.

В случае если взаиморасчеты осуществляются страховыми медицинскими организациями, централизованной лабораторией составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждое выполненное лабораторное исследование с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. Страховые медицинские организации осуществляют оплату лабораторных услуг, оказанных централизованными лабораториями, на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, уменьшается на объем средств, перечисленных централизованной лаборатории за выполнение лабораторных исследований по направлениям, выданным данной медицинской организацией.

Приложение 1

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ КСГ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ПРОФИЛЯМ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (КПГ) И КОЭФФИЦИЕНТЫ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ЗАТРАТОЕМКОСТИ КСГ/КПГ (ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ)

№	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
1	**Акушерское дело**	**0,5**
1	Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода	0,50
2	**Акушерство и гинекология**	**0,80**
2	Осложнения, связанные с беременностью	0,93
3	Беременность, закончившаяся абортивным исходом	0,28
4	Родоразрешение	0,98
5	Кесарево сечение	1,01
6	Осложнения послеродового периода	0,74
7	Послеродовой сепсис	3,21
8	Воспалительные болезни женских половых органов	0,71
9	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
10	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов	0,46
11	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39
12	Операции на женских половых органах (уровень 2)	0,58
13	Операции на женских половых органах (уровень 3)	1,17
14	Операции на женских половых органах (уровень 4)	2,20
3	**Аллергология и иммунология**	**1,25**
15	Нарушения с вовлечением иммунного механизма	4,52
16	Ангионевротический отек, анафилактический шок	0,27
4	**Гастроэнтерология**	**1,04**
17	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	0,89
18	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
19	Болезни печени, невирусные (уровень 1)	0,86
20	Болезни печени, невирусные (уровень 2)	1,21
21	Болезни поджелудочной железы	0,87
22	Панкреатит с синдромом органной дисфункции	4,19
5	**Гематология**	**1,80**
23	Анемии (уровень 1)	0,94
24	Анемии (уровень 2)	5,32
25	Нарушения свертываемости крови	4,50
26	Другие болезни крови и кроветворных органов (уровень 1)	1,09
27	Другие болезни крови и кроветворных органов (уровень 2)	4,51
6	**Дерматология**	**0,80**
28	Редкие и тяжелые дерматозы	1,72
29	Среднетяжелые дерматозы	0,74

30	Легкие дерматозы	0,36
7	**Детская кардиология**	**1,84**
31	Врожденные аномалии сердечно-сосудистой системы, дети	1,84
8	**Детская онкология**	**4,59**
32	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети	7,82
33	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети	5,68
34	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети	4,37
9	**Детская урология-андрология**	**1,15**
35	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)	0,97
36	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 2)	1,11
37	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)	1,97
38	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)	2,78
39	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 1)	1,15
40	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 2)	1,22
41	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 3)	1,78
42	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)	2,23
43	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)	2,36
44	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)	4,28
10	**Детская хирургия**	**1,10**
45	Детская хирургия (уровень 1)	2,95
46	Детская хирургия (уровень 2)	5,33
47	Аппендэктомия, дети (уровень 1)	0,77
48	Аппендэктомия, дети (уровень 2)	0,97
49	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)	0,88
50	Операции по поводу грыж, дети (уровень 2)	1,05
51	Операции по поводу грыж, дети (уровень 3)	1,25
11	**Детская эндокринология**	**1,48**
52	Сахарный диабет, дети	1,51
53	Заболевания гипофиза, дети	2,26
54	Другие болезни эндокринной системы, дети (уровень 1)	1,38
55	Другие болезни эндокринной системы, дети (уровень 2)	2,82
12	**Инфекционные болезни**	**0,65**
56	Кишечные инфекции, взрослые	0,58
57	Кишечные инфекции, дети	0,62
58	Вирусный гепатит острый	1,40
59	Вирусный гепатит хронический	1,27
60	Сепсис, взрослые	3,12
61	Сепсис, дети	4,51
62	Сепсис с синдромом органной дисфункции	7,20
63	Другие инфекционные и паразитарные болезни, взрослые	1,18
64	Другие инфекционные и паразитарные болезни, дети	0,98
65	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые	0,35
66	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети	0,50
67	Грипп, вирус гриппа идентифицирован	1,01
68	Клещевой энцефалит	2,30
13	**Кардиология**	**1,49**

69	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 1)	1,42
70	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)	2,81
71	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии	3,48
72	Нарушения ритма и проводимости (уровень 1)	1,12
73	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)	2,01
74	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 1)	1,42
75	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)	2,38
14	**Колопроктология**	**1,36**
76	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	0,84
77	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	1,74
78	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 3)	2,49
15	**Неврология**	**1,12**
79	Воспалительные заболевания ЦНС, взрослые	0,98
80	Воспалительные заболевания ЦНС, дети	1,55
81	Дегенеративные болезни нервной системы	0,84
82	Демиелинизирующие болезни нервной системы	1,33
83	Эпилепсия, судороги (уровень 1)	0,96
84	Эпилепсия, судороги (уровень 2)	2,01
85	Расстройства периферической нервной системы	1,02
86	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина	1,95
87	Другие нарушения нервной системы (уровень 1)	0,74
88	Другие нарушения нервной системы (уровень 2)	0,99
89	Транзиторные ишемические приступы, сосудистые мозговые синдромы	1,15
90	Кровоизлияние в мозг	2,82
91	Инфаркт мозга (уровень 1)	2,52
92	Инфаркт мозга (уровень 2)	3,12
93	Инфаркт мозга (уровень 3)	4,51
94	Другие цереброваскулярные болезни	0,82
16	**Нейрохирургия**	**1,20**
95	Паралитические синдромы, травма спинного мозга (уровень 1)	0,98
96	Паралитические синдромы, травма спинного мозга (уровень 2)	1,49
97	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии	0,68
98	Травмы позвоночника	1,01
99	Сотрясение головного мозга	0,40
100	Переломы черепа, внутричерепная травма	1,54
101	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 1)	4,13
102	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 2)	5,82
103	Операции на периферической нервной системе (уровень 1)	1,41
104	Операции на периферической нервной системе (уровень 2)	2,19
105	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)	2,42
106	Доброкачественные новообразования нервной системы	1,02
17	**Неонатология**	**2,96**
107	Малая масса тела при рождении, недоношенность	4,21
108	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость	16,02

109	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций	7,40
110	Геморрагические и гемолитические нарушения у новорожденных	1,92
111	Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 1)	1,39
112	Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 2)	1,89
113	Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 3)	2,56
18	**Нефрология (без диализа)**	**1,69**
114	Почечная недостаточность	1,66
115	Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа	1,82
116	Гломерулярные болезни	1,71
19	**Онкология**	**2,24**
117	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1)	1,98
118	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2)	3,66
119	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3)	4,05
120	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1)	2,45
121	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2)	4,24
122	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1)	1,40
123	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)	2,46
124	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3)	3,24
125	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)	1,09
126	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)	1,36
127	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3)	1,41
128	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 1)	1,88
129	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 2)	1,92
130	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1)	2,29
131	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2)	3,12
132	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 1)	1,96
133	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 2)	2,17
134	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1)	2,02
135	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2)	2,57
136	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3)	3,14
137	Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости	2,48

138	Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения	0,50
139	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях	1,91
140	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1)	2,88
141	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)	4,25
142	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1)	2,56
143	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2)	3,60
144	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые	4,27
145	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые	3,46
146	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)	0,56
147	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)	1,04
148	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)	1,56
149	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)	2,23
150	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)	2,40
151	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)	2,92
152	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)	3,30
153	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)	4,22
154	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)	5,30
155	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)	11,02
156	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе	2,05
157	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы	7,92
158	Фебрильная нейтропения, агранулоцитоз вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)	2,93
159	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)	1,02
160	Лучевая терапия (уровень 1)	2,00
161	Лучевая терапия (уровень 2)	2,21
162	Лучевая терапия (уровень 3)	3,53
20	**Оториноларингология**	**0,87**
163	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ уха,	0,66

	горла, носа, полости рта	
164	Средний отит, мастоидит, нарушения вестибулярной функции	0,47
165	Другие болезни уха	0,61
166	Другие болезни и врожденные аномалии верхних дыхательных путей, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания, нарушения речи	0,71
167	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)	0,84
168	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)	0,91
169	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)	1,10
170	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)	1,35
171	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)	1,96
172	Замена речевого процессора	25,00
21	**Офтальмология**	**0,92**
173	Операции на органе зрения (уровень 1)	0,49
174	Операции на органе зрения (уровень 2)	0,79
175	Операции на органе зрения (уровень 3)	1,07
176	Операции на органе зрения (уровень 4)	1,19
177	Операции на органе зрения (уровень 5)	2,11
178	Операции на органе зрения (уровень 6)	2,33
179	Болезни глаза	0,51
180	Травмы глаза	0,66
22	**Педиатрия**	**0,80**
181	Нарушения всасывания, дети	1,11
182	Другие болезни органов пищеварения, дети	0,39
183	Воспалительные артропатии, спондилопатии, дети	1,85
184	Врожденные аномалии головного и спинного мозга, дети	2,12
23	**Пульмонология**	**1,31**
185	Другие болезни органов дыхания	0,85
186	Интерстициальные болезни легких, врожденные аномалии развития легких, бронхо-легочная дисплазия, дети	2,48
187	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ органов дыхания, других и неуточненных органов грудной клетки	0,91
188	Пневмония, плеврит, другие болезни плевры	1,29
189	Астма, взрослые	1,11
190	Астма, дети	1,25
24	**Ревматология**	**1,44**
191	Системные поражения соединительной ткани	1,78
192	Артропатии и спондилопатии	1,67
193	Ревматические болезни сердца (уровень 1)	0,87
194	Ревматические болезни сердца (уровень 2)	1,57
25	**Сердечно-сосудистая хирургия**	**1,18**
195	Флебит и тромбофлебит, варикозное расширение вен нижних конечностей	0,85
196	Другие болезни, врожденные аномалии вен	1,32
197	Болезни артерий, артериол и капилляров	1,05

198	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы	1,01
199	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 1)	2,11
200	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 2)	3,97
201	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 3)	4,31
202	Операции на сосудах (уровень 1)	1,20
203	Операции на сосудах (уровень 2)	2,37
204	Операции на сосудах (уровень 3)	4,13
205	Операции на сосудах (уровень 4)	6,08
206	Операции на сосудах (уровень 5)	7,12
26	**Стоматология детская**	**0,79**
207	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	0,79
27	**Терапия**	**0,73**
208	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	0,74
209	Новообразования доброкачественные, in situ, неопределенного и неуточненного характера органов пищеварения	0,69
210	Болезни желчного пузыря	0,72
211	Другие болезни органов пищеварения, взрослые	0,59
212	Гипертоническая болезнь в стадии обострения	0,70
213	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1)	0,78
214	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2)	1,70
215	Другие болезни сердца (уровень 1)	0,78
216	Другие болезни сердца (уровень 2)	1,54
217	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания	0,75
218	ХОБЛ, эмфизема, бронхоэктатическая болезнь	0,89
219	Отравления и другие воздействия внешних причин	0,53
220	Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции	4,07
221	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования	1,00
28	**Торакальная хирургия**	**2,09**
222	Гнойные состояния нижних дыхательных путей	2,05
223	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 1)	1,54
224	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 2)	1,92
225	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3)	2,56
226	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)	4,12
29	**Травматология и ортопедия**	**1,37**
227	Приобретенные и врожденные костно-мышечные деформации	0,99
228	Переломы шейки бедра и костей таза	1,52
229	Переломы бедренной кости, другие травмы области бедра и тазобедренного сустава	0,69
230	Переломы, вывихи, растяжения области грудной клетки, верхней конечности и стопы	0,56

231	Переломы, вывихи, растяжения области колена и голени	0,74
232	Множественные переломы, травматические ампутации, размозжения и последствия травм	1,44
233	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)	7,07
234	Эндопротезирование суставов	4,46
235	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)	0,79
236	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)	0,93
237	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)	1,37
238	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)	2,42
239	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)	3,15
30	**Урология**	**1,20**
240	Тубулоинтерстициальные болезни почек, другие болезни мочевой системы	0,86
241	Камни мочевой системы; симптомы, относящиеся к мочевой системе	0,49
242	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов	0,64
243	Болезни предстательной железы	0,73
244	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов	0,67
245	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)	1,20
246	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)	1,42
247	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)	2,31
248	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)	3,12
249	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)	1,08
250	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)	1,12
251	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)	1,62
252	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 4)	1,95
253	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)	2,14
254	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)	4,13
31	**Хирургия**	**0,90**
255	Болезни лимфатических сосудов и лимфатических узлов	0,61
256	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,55
257	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)	0,71
258	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)	1,38
259	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 4)	2,41
260	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 1)	1,43
261	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 2)	1,83
262	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 3)	2,16
263	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)	1,81
264	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)	2,67
265	Болезни молочной железы, новообразования молочной железы доброкачественные, in situ, неопределенного и неизвестного характера	0,73
266	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей	0,76

267	Остеомиелит (уровень 1)	2,42
268	Остеомиелит (уровень 2)	3,51
269	Остеомиелит (уровень 3)	4,02
270	Доброкачественные новообразования костно-мышечной системы и соединительной ткани	0,84
271	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи	0,50
272	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы	0,37
273	Операции на молочной железе (кроме злокачественных новообразований)	1,19
32	**Хирургия (абдоминальная)**	**1,20**
274	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 1)	1,15
275	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)	1,43
276	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 3)	3,00
277	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)	4,30
278	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 1)	2,42
279	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)	2,69
280	Панкреатит, хирургическое лечение	4,12
281	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)	1,16
282	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)	1,95
283	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3)	2,46
284	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)	0,73
285	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)	0,91
286	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)	0,86
287	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)	1,24
288	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)	1,78
289	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)	1,13
290	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)	1,19
291	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 3)	2,13
33	**Хирургия (комбустиология)**	**1,95**
292	Отморожения (уровень 1)	1,17
293	Отморожения (уровень 2)	2,91
294	Ожоги (уровень 1)	1,21
295	Ожоги (уровень 2)	2,03
296	Ожоги (уровень 3)	3,54
297	Ожоги (уровень 4)	5,20
298	Ожоги (уровень 5)	11,11
299	Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции	14,07
34	**Челюстно-лицевая хирургия**	**1,18**
300	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	0,89
301	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74
302	Операции на органах полости рта (уровень 2)	1,27
303	Операции на органах полости рта (уровень 3)	1,63
304	Операции на органах полости рта (уровень 4)	1,90
35	**Эндокринология**	**1,40**
305	Сахарный диабет, взрослые (уровень 1)	1,02

306	Сахарный диабет, взрослые (уровень 2)	1,49
307	Заболевания гипофиза, взрослые	2,14
308	Другие болезни эндокринной системы, взрослые (уровень 1)	1,25
309	Другие болезни эндокринной системы, взрослые (уровень 2)	2,76
310	Новообразования эндокринных желез доброкачественные, in situ, неопределенного и неизвестного характера	0,76
311	Расстройства питания	1,06
312	Другие нарушения обмена веществ	1,16
313	Кистозный фиброз	3,32
36	**Прочее**	
314	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина	4,32
315	Редкие генетические заболевания	3,50
316	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии	5,35
317	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения	0,32
318	Госпитализация в диагностических целях с постановкой диагноза туберкулеза, ВИЧ-инфекции, психического заболевания	0,46
319	Отторжение, отмирание трансплантата органов и тканей	8,40
320	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов	2,32
321	Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении	18,15
322	Реинфузия аутокрови	2,05
323	Баллонная внутриаортальная контрпульсация	7,81
324	Экстракорпоральная мембранная оксигенация	15,57
37	**Медицинская реабилитация**	**1,00**
325	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (4 балла по ШРМ)	1,82
326	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (5 баллов по ШРМ)	3,12
327	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (6 баллов по ШРМ)	8,60
328	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (4 балла по ШРМ)	0,85
329	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (5 баллов по ШРМ)	1,12
330	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (6 баллов по ШРМ)	3,35
331	Медицинская реабилитация пациентов с соматическими заболеваниями (4 балла по ШРМ)	0,41
332	Медицинская реабилитация пациентов с соматическими заболеваниями (5 баллов по ШРМ)	0,61
333	Медицинская реабилитация пациентов с соматическими заболеваниями (6 баллов по ШРМ)	1,10
334	Медицинская реабилитация детей, перенесших заболевания перинатального периода	1,5
335	Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены	1,8

	речевого процессора системы кохлеарной имплантации	
336	Медицинская реабилитация детей с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения	4,81
337	Медицинская реабилитация детей с поражениями центральной нервной системы	2,75
338	Медицинская реабилитация детей, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем	2,35
38	**Гериатрия**	**1,5**
339	Старческая астения	1,5

Приложение 2

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ КСГ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ПРОФИЛЯМ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (КПГ) И КОЭФФИЦИЕНТЫ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ЗАТРАТОЕМКОСТИ КСГ/КПГ (ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА)

№	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
1	**Акушерское дело**	**0,50**
2	**Акушерство и гинекология**	**0,8**
1	Осложнения беременности, родов, послеродового периода	0,83
2	Болезни женских половых органов	0,66
3	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,71
4	Операции на женских половых органах (уровень 2)	1,06
5	Экстракорпоральное оплодотворение	9,83
6	Искусственное прерывание беременности (аборт)	0,33
7	Аборт медикаментозный*	1,04
3	**Аллергология и иммунология**	**0,98**
8	Нарушения с вовлечением иммунного механизма	0,98
4	**Гастроэнтерология**	**0,89**
9	Болезни органов пищеварения, взрослые	0,89
5	**Гематология**	**1,17**
10	Болезни крови (уровень 1)	0,91
11	Болезни крови (уровень 2)	2,41
6	**Дерматология**	**1,54**
12	Дерматозы	1,54
7	**Детская кардиология**	**0,98**
13	Болезни системы кровообращения, дети	0,98
8	**Детская онкология**	**9,23**
14	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети	14,23
15	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети	10,34
16	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети	7,95
9	**Детская урология-андрология**	**1,42**
17	Операции на мужских половых органах, дети	1,38
18	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети	2,09
10	**Детская хирургия**	**1,60**
19	Операции по поводу грыж, дети	1,60
11	**Детская эндокринология**	**1,49**
20	Сахарный диабет, дети	1,49
21	Другие болезни эндокринной системы, дети	1,36
12	**Инфекционные болезни**	**0,92**
22	Вирусный гепатит В хронический, лекарственная терапия	2,75

23	Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3	1,10
24	Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3	9,00
25	Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 1, 4 (уровень 1)	4,90
26	Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 1, 4 (уровень 2)	22,20
27	Другие вирусные гепатиты	0,97
28	Инфекционные и паразитарные болезни, взрослые	1,16
29	Инфекционные и паразитарные болезни, дети	0,97
30	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, взрослые	0,52
31	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети	0,65
13	**Кардиология**	**0,80**
32	Болезни системы кровообращения, взрослые	0,80
33	Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов	3,39
34	Лечение наследственных атерогенных нарушений липидного обмена с применением методов афереза (липидная фильтрация, афинная и иммуносорбция липопротеидов) в случае отсутствия эффективности базисной терапии	5,07
14	**Колопроктология**	**1,7**
35	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	1,53
36	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	3,17
15	**Неврология**	**1,05**
37	Болезни нервной системы, хромосомные аномалии	0,98
38	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина	2,79
16	**Нейрохирургия**	**1,06**
39	Болезни и травмы позвоночника, спинного мозга, последствия внутричерепной травмы, сотрясение головного мозга	0,94
40	Операции на периферической нервной системе	2,57
17	**Неонатология**	**1,87**
41	Нарушения, возникшие в перинатальном периоде	1,79
18	**Нефрология (без диализа)**	**2,74**
42	Гломерулярные болезни, почечная недостаточность (без диализа)	1,60
43	Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ	3,25
44	Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа	3,18
45	Другие болезни почек	0,80
19	**Онкология**	**3,01**
46	Лучевая терапия (уровень 1)	3,64
47	Лучевая терапия (уровень 2)	4,02
48	Лучевая терапия (уровень 3)	6,42
49	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)	2,35
50	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)	2,48
51	Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения	0,40
52	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые	7,77
53	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые	6,30

54	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)	0,45
55	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)	1,20
56	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)	2,19
57	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)	3,65
58	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)	5,05
59	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)	7,06
60	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)	8,92
61	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)	18,44
62	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе	3,73
63	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы	14,41
20	**Оториноларингология**	**0,98**
64	Болезни уха, горла, носа	0,74
65	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)	1,12
66	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)	1,66
67	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)	2,00
68	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)	2,46
69	Замена речевого процессора	45,50
21	**Офтальмология**	**0,98**
70	Болезни и травмы глаза	0,39
71	Операции на органе зрения (уровень 1)	0,96
72	Операции на органе зрения (уровень 2)	1,44
73	Операции на органе зрения (уровень 3)	1,95
74	Операции на органе зрения (уровень 4)	2,17
75	Операции на органе зрения (уровень 5)	3,84
22	**Педиатрия**	**0,93**
76	Системные поражения соединительной ткани, артропатии, спондилопатии, дети	2,31
77	Болезни органов пищеварения, дети	0,89
23	**Пульмонология**	**0,90**
78	Болезни органов дыхания	0,90
24	**Ревматология**	**1,46**
79	Системные поражения соединительной ткани, артропатии, спондилопатии, взрослые	1,46
25	**Сердечно-сосудистая хирургия**	**1,88**
80	Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения	1,84

81	Операции на сосудах (уровень 1)	2,18
82	Операции на сосудах (уровень 2)	4,31
26	**Стоматология детская**	**0,98**
83	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	0,98
27	**Терапия**	**0,74**
84	Отравления и другие воздействия внешних причин	0,74
28	**Торакальная хирургия**	**1,32**
85	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения	1,32
29	**Травматология и ортопедия**	**1,25**
86	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)	1,44
87	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)	1,69
88	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)	2,49
89	Заболевания опорно-двигательного аппарата, травмы, болезни мягких тканей	1,05
30	**Урология**	**0,98**
90	Болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов	0,80
91	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)	2,18
92	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)	2,58
93	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)	1,97
94	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)	2,04
95	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)	2,95
31	**Хирургия**	**0,92**
96	Болезни, новообразования молочной железы	0,89
97	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,75
98	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)	1,00
99	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)	4,34
100	Операции на органах кроветворения и иммунной системы	1,29
101	Операции на молочной железе	2,60
32	**Хирургия (абдоминальная)**	**1,85**
102	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)	2,11
103	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)	3,55
104	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)	1,57
105	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)	2,26
106	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)	3,24
107	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях	1,70
108	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)	2,06
109	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)	2,17
33	**Хирургия (комбустиология)**	**1,10**
110	Ожоги и отморожения	1,10
34	**Челюстно-лицевая хирургия**	**0,89**
111	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	0,88

112	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,92
113	Операции на органах полости рта (уровень 2)	1,56
35	**Эндокринология**	**1,23**
114	Сахарный диабет, взрослые	1,08
115	Другие болезни эндокринной системы, новообразования эндокринных желез доброкачественные, in situ, неопределенного и неизвестного характера, расстройства питания, другие нарушения обмена веществ	1,41
116	Кистозный фиброз	2,58
117	Лечение кистозного фиброза с применением ингаляционной антибактериальной терапии	12,27
36	**Прочее**	
118	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина	7,86
119	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения	0,56
120	Госпитализация в дневной стационар в диагностических целях с постановкой диагноза туберкулеза, ВИЧ-инфекции, психического заболевания	0,46
121	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов	9,74
122	Отторжение, отмирание трансплантата органов и тканей	7,40
37	**Медицинская реабилитация**	**1,00**
123	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (2 балла по ШРМ)	1,56
124	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (3 балла по ШРМ)	1,95
125	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (2 балла по ШРМ)	1,30
126	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (3 балла по ШРМ)	1,63
127	Медицинская реабилитация пациентов с соматическими заболеваниями (2 балла по ШРМ)	0,53
128	Медицинская реабилитация пациентов с соматическими заболеваниями (3 балла по ШРМ)	0,66
129	Медицинская реабилитация детей, перенесших заболевания перинатального периода	1,50
130	Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации	1,80
131	Медицинская реабилитация детей с поражениями центральной нервной системы	2,75
132	Медицинская реабилитация детей после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем	2,35

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

Приложение 3

РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ СЛУЧАЕВ, ДЛЯ КОТОРЫХ УСТАНОВЛЕН КСЛП

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Пороговые значения КСЛП
1	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей до 1 года)*	1,1 - 1,8
2	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей от 1 до 4)	1,1 - 1,4
3	Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний)	1,05 - 1,35
4	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет)**	1,02 - 1,4
5	Сложность лечения пациента старше 60 лет при наличии у него функциональной зависимости (индекс Бартела 60 баллов и менее)***	1,1 - 1,2
6	Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента (перечень указанных заболеваний и состояний представлен в Инструкции)	1,1 - 1,8
7	Необходимость развертывания индивидуального поста по медицинским показаниям	1,1 - 1,5
8	Проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ (перечень возможных сочетаний КСГ представлен в Инструкции)	1,3 - 1,8
9	Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями (методика расчета КСЛП представлена в Инструкции)	В соответствии с расчетным значением
10	Проведение сочетанных хирургических вмешательств (перечень возможных сочетанных операций представлен в Инструкции)	1,2 - 1,7
11	Проведение однотипных операций на парных органах (перечень возможных однотипных операций на парных органах представлен в Инструкции)	1,2 - 1,7
12	Проведение первого этапа экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции)	0,6

13	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов****	1,1
14	Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (неполный цикл)	0,19

<*> Кроме КСГ, относящихся к профилю «Неонатология».

<**> Кроме КСГ, относящихся к профилю «Гериатрия».

<***> Применяется к КСГ по профилю «Гериатрия».

<****> В данный этап не входит осуществление размораживания криоконсервированных эмбрионов и перенос криоконсервированных эмбрионов в полость матки.

Приложение 4

СТОИМОСТЬ УСЛУГ ДИАЛИЗА (БЕЗ УЧЕТА КОЭФФИЦИЕНТА ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ)

№	Код	Услуга	Условия оказания	Единица оплаты	Стоимость 1 услуги, руб.
1	A18.05.002; A18.05.002.002	Гемодиализ, Гемодиализ интермиттирующий низкопоточный	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	5 949
2	A18.05.002.001	Гемодиализ интермиттирующий высокопоточный	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	6 246
3	A18.05.011	Гемодиафильтрация	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	6 440
4	A18.05.004	Ультрафильтрация крови	стационарно	услуга	5 459
5	A18.05.002.003	Гемодиализ интермиттирующий продленный	стационарно	Услуга	16 410
6	A18.05.003	Гемофильтрация крови	стационарно	услуга	17 146
7	A18.05.004.001	Ультрафильтрация продленная	стационарно	услуга	14 939
8	A18.05.011.001	Гемодиафильтрация продленная	стационарно	Услуга	17 882
9	A18.05.002.005	Гемодиализ продолжительный	стационарно	Сутки	31 129
10	A18.05.003.002	Гемофильтрация крови продолжительная	стационарно	Сутки	32 601
11	A18.05.011.002	Гемодиафильтрация продолжительная	стационарно	Сутки	34 073
12	A18.30.001	Перитонеальный диализ	стационарно, дневной стационар,	день обмена	4 722

			амбулаторно		
13	A18.30.001.001	Перитонеальный диализ проточный	стационарно	день обмена	23 120
14	A18.30.001.002	Перитонеальный диализ с использованием автоматизированных технологий	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	день обмена	5 826
15	A18.30.001.003	Перитонеальный диализ при нарушении ультрафильтрации	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	день обмена	5 090

Приложение 5

РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Показатели	**Единица измерения**	**Примечание**
1. Показатели результативности		
1.1. Рекомендуемый период оценки: не реже 1 раза в месяц		
Уровень госпитализации прикрепленного населения от общей численности прикрепленного населения	%	Для оценки показателя рекомендуется исключать диагнозы, связанные с внешними причинами заболеваемости
Доля экстренных госпитализаций в общем объеме госпитализаций прикрепленного населения	%	
Частота вызовов скорой медицинской помощи прикрепленному населению	ед. на 10 тыс. прикрепленного населения	
Доля пациентов с впервые установленной III - IV стадией злокачественных новообразований всех локализаций в общем числе пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования	%	Для оценки показателя рекомендуется использовать подтвержденные диагнозы в соответствии с данными специализированных медицинских организаций
Удельный вес повторных инфарктов	%	По данным персонифицированного учета
Доля обоснованных жалоб пациентов на работу медицинской организации	%	Для оценки показателя учитываются жалобы на медицинские организации, поступившие в ТФОМС, орган управления здравоохранением, СМО субъекта Российской Федерации
Доля посещений по заболеваниям, осуществленным в неотложной форме, от общего числа посещений по заболеваниям	% от всех посещений по заболеванию	-
Доля нарушений, выявленных при проведении медико-экономической экспертизы	% от количества проведенных	-

	медико-экономических экспертиз	
Доля нарушений, выявленных при проведении экспертизы качества медицинской помощи	% от количества проведенных экспертиз качества медицинской помощи	-
1.2. Рекомендуемый период оценки: не чаще одного раза в квартал и 1 раз в год		
Уровень первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста в связи с заболеванием	Количество случаев на 1 тыс. человек прикрепленного населения трудоспособного возраста	-
Доля лиц, умерших от инсульта и (или) инфаркта миокарда в трудоспособном возрасте, среди прикрепленного населения	Число случаев на 1 тыс. лиц трудоспособного возраста (женщины 18 - 54 года, мужчины 18 - 59 лет), среди прикрепленного населения	-
Доля умерших в трудоспособном возрасте пациентов с ЗНО, состоящих на учете, от общего числа умерших в трудоспособном возрасте пациентов с ЗНО		
Уровень заболевания инфарктом		
Уровень заболевания инсультом		
Удельный вес пациентов с сахарным диабетом, перенесших ампутацию	Процент от всех пациентов с сахарным диабетом среди прикрепленного населения	-
Удельный вес пациентов с сахарным диабетом, осложнившимся комой		
2. Показатели интенсивности		
2.1. Рекомендуемый период оценки: не реже 1 раза в месяц		
Количество посещений на 1 тыс. человек прикрепленного населения	Ед.	Для оценки показателя рекомендуется контролировать соответствие фактического количества посещений функции врачебной должности в

		разрезе медицинских специальностей.
Доля посещений с профилактической целью от общего количества посещений	%	Показатель не используется, если оплата посещений с профилактической целью (диспансеризация, профилактические осмотры) осуществляется за единицу объема медицинской помощи
Количество выявленных случаев злокачественных новообразований всех локализаций на 1000 прикрепившихся	Ед.	-
Доля пациентов, охваченных диспансерным наблюдением из числа подлежащих, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения	%	Для оценки показателей рекомендуется применять ретроспективный анализ оказанных медицинских услуг, в том числе при госпитализации
Доля лиц с впервые выявленной ишемической болезнью сердца, взятых под диспансерное наблюдение, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения	%	
Доля лиц с впервые выявленной артериальной гипертензией, взятых под диспансерное наблюдение, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения	%	
2.2. Рекомендуемый период оценки: не чаще одного раза в квартал и 1 раз в год		
Охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения из подлежащего диспансеризации в текущем году	% (целевое значение - не менее 80 процентов от подлежащих)	Для оценки показателя может применяться индикатор отношения количества случаев II-го этапа диспансеризации к общему количеству законченных случаев диспансеризации
Охват населения всех (или отдельных) возрастных групп, охваченных профилактическими прививками против гриппа, от общего числа лиц указанных групп, подлежащих охвату профилактическими прививками, среди лиц, прикрепленных к	% (целевое значение - не менее 30 процентов от подлежащих)	-

медицинской организации		
Охват населения всех (или отдельных) возрастных групп вакцинированием против пневмококковой инфекции от общего числа лиц указанных групп, подлежащих охвату профилактическими прививками, среди лиц, прикрепленных к медицинской организации	% (целевое значение - не менее 10% прикрепленного населения)	-

Приложение 6

ЗНАЧЕНИЯ ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН (БЕЗ УЧЕТА КОЭФФИЦИЕНТА ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ)

Диспансеризация взрослого населения		
приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 октября 2017 г. № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»		
пол	возраст	Стоимость, руб.
м	21, 24, 27, 30, 33	596
м	36, 39, 42, 48, 87, 90, 93, 96, 99	670
м	75, 78, 81, 84	742
м	45, 54, 57	1 043
м	60, 63, 66, 69, 72	1 113
м	51	1 417
м	**Средняя стоимость**	**930**

пол	возраст	Стоимость, руб.
ж	21, 24, 27	596
ж	87, 90, 93, 96	670
ж	75, 78, 81, 84	742
ж	99	819
ж	30, 33, 36	1 005
ж	72	1 113
ж	39, 42	1 371
ж	45, 48, 63, 66, 69	1 462
ж	51, 54, 57, 60	1 852
ж	**Средняя стоимость**	**1 070**

Диспансеризация детей-сирот		
Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 февраля 2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»		
Пол	Возраст	Стоимость, руб.
м/ж	0 - 17	3 906

Приложение 7

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

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	0,35	0,35
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	0,61	0,61
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	0,76	0,76
B01.003.004.002	Проводниковая анестезия	0,96	0,96
B01.003.004.004	Аппликационная анестезия	0,31	0,31
B01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	0,5	0,5
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	0,93	0,93
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	0,75	0,75
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	0,75	0,75
A11.07. 026	Взятие образца биологического материала из очагов поражения органов рта	1,12	1,12
A11.01.019	Получение соскоба с эрозивно-язвенных элементов кожи и слизистых оболочек	1,12	1,12
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных препаратов в челюстно-лицевую область	1,1	1,1
A25.07.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов	0,25	0,25
A05.07.001	Электроодонтометрия зуба	0,42	0,42
B01.064.003	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный		1,95
B01.064.004	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный		1,37
B04.064.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского		1,19
B01.065.007	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный	1,68	1,95
B01.065.008	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога повторный	1,18	1,37
B04.065.005	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога	1,25	1,19
B01.065.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта первичный	1,68	
B01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	1,18	
B04.065.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация)	1,25	

	врача-стоматолога-терапевта		
B01.065.003	Прием (осмотр, консультация) зубного врача первичный	1,68	1,95
B01.065.004	Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный	1,18	1,37
B04.065.003	Диспансерный прием (осмотр, консультация) зубного врача	1,25	1,19
B01.065.005	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического первичный	1,5	1,5
B01.065.006	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического повторный	0,9	0,9
A03.07.001	Люминесцентная стоматоскопия	0,63	0,63
A11.07.010	Введение лекарственных препаратов в пародонтальный карман	0,99	0,99
A11.07.022	Аппликация лекарственного препарата на слизистую оболочку полости рта	0,45	0,45
A16.07.051	Профессиональная гигиена полости рта и зубов[1]	2	2
A16.07.082	Сошлифовывание твердых тканей зуба	0,25	0,25
A11.07.023	Применение метода серебрения зуба	0,88	0,88
A15.07.003	Наложение лечебной повязки при заболеваниях слизистой оболочки полости рта и пародонта в области одной челюсти	2	2
A16.07.002.001	Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использованием стоматологических цементов[2]	1,53	1,53
A16.07.002.002	Восстановление зуба пломбой I, II, III, V,VI класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения[2]	1,95	1,95
A16.07.002.003	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием стоматологических цементов[2]	1,85	1,85
A16.07.002.004	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения[2]	2,5	2,5
A16.07.002.005	Восстановление зуба пломбой пломбой IV класс по Блэку с использованием стеклоиномерных цементов[2]	2,45	2,45
A16.07.002.006	Восстановление зуба пломбой пломбой IV класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения[2]	3,25	3,25
A16.07.002.007	Восстановление зуба пломбой из амальгамы I, V класс по Блэку[2]	1,95	1,95
A16.07.002.008	Восстановление зуба пломбой из амальгамы II класс по Блэку[2]	2,33	2,33
A16.07.002.010	Восстановление зуба пломбой I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров[2]	3,35	3,35
A16.07.002.011	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с	3,75	3,75

	использованием материалов из фотополимеров[2]		
A16.07.002.012	Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров[2]	4	4
A16.07.002.009	Наложение временной пломбы	1,25	1,25
A16.07.091	Снятие временной пломбы	0,25	0,25
A16.07.092	Трепанация зуба, искусственной коронки	0,48	0,48
A16.07.008.001	Пломбирование корневого канала зуба пастой	1,16	1,16
A16.07.008.002	Пломбирование корневого канала зуба гуттаперчивыми штифтами	1,7	1,7
A11.07.027	Наложение девитализирующей пасты	0,03	0,03
A16.07.009	Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы)	0,21	0,21
A16.07.010	Экстирпация пульпы	0,46	0,46
A16.07.019	Временное шинирование при заболеваниях пародонта[3]	1,98	1,98
A16.07.020.001	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба ручным методом[4]	0,32	0,32
A16.07.025.001	Избирательное полирование зуба	0,2	0,2
A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба[4]	0,2	0,2
A16.07.030.001	Инструментальная и медикаментозная обработка хорошо проходимого корневого канала	0,92	0,92
A16.07.030.002	Инструментальная и медикаментозная обработка плохо проходимого корневого канала	1,71	1,71
A16.07.030.003	Временное пломбирование лекарственным препаратом корневого канала	0,5	0,5
A16.07.039	Закрытый кюретаж при заболеваниях пародонта в области зуба[4]	0,31	0,31
A16.07.082.001	Распломбировка корневого канала ранее леченного пастой	2	2
A16.07.082.002	Распломбировка одного корневого канала ранее леченного фосфатцементом/резорцин-формальдегидным методом	3,55	3,55
B01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	1,4	1,4
B01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	1,08	1,08
A11.03.003	Внутрикостное введение лекарственных препаратов	0,82	0,82
A15.03.007	Наложение шины при переломах костей[5]	6,87	6,87
A15.03.011	Снятие шины с одной челюсти	1,43	1,43
A15.04.002	Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов	2,55	2,55
A15.07.001	Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) зубов	2,96	2,96

A11.07.001	Биопсия слизистой полости рта	1,15	1,15
A11.07.002	Биопсия языка	1,15	1,15
A11.07.005	Биопсия слизистой преддверия полости рта	1,15	1,15
A11.07.007	Биопсия тканей губы	1,15	1,15
A11.07.008	Пункция кисты полости рта	0,91	0,91
A11.07.009	Бужирование протоков слюнных желез	3,01	3,01
A11.07.013	Пункция слюнной железы	0,91	0,91
A11.07.014	Пункция тканей полости рта	0,91	0,91
A11.07.015	Пункция языка	0,91	0,91
A11.07.016	Биопсия слизистой ротоглотки	1,15	1,15
A11.07.018	Пункция губы	0,91	0,91
A11.07.019	Пункция патологического образования слизистой преддверия полости рта	0,91	0,91
A11.07.020	Биопсия слюнной железы	1,15	1,15
A15.01.003	Наложение повязки при операции в челюстно-лицевой области	1,06	1,06
A15.07.002	Наложение повязки при операциях в полости рта	1,06	1,06
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
A16.07.095.001	Остановка луночного кровотечения без наложения швов методом тампонады	1,25	1,25
A16.07.095.002	Остановка луночного кровотечения без наложения швов с использованием гемостатических материалов	1	1
A16.07.001.001	Удаление временного зуба	1,01	1,01
A16.07.001.002	Удаление постоянного зуба	1,55	1,55
A16.07.001.003	Удаление зуба сложное с разъединением корней	2,58	2,58
A16.07.024	Операция удаления ретинированного, дистопированного или сверхкомплектного зуба	3	3
A16.07.040	Лоскутная операция в полости 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
A16.07.017.002	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
A16.07.008.003	Закрытие перфорации стенки корневого канала зуба	1,8	1,8
A16.07.058	Лечение перикоронита (промывание, рассечение и/или иссечение капюшона)	1,04	1,04
A16.07.059	Гемисекция зуба	2,6	2,6
A11.07.025	Промывание протока слюнной железы	1,85	1,85
A16.22.012	Удаление камней из протоков слюнных желез	3	3
A16.30.064	Иссечение свища мягких тканей	2,25	2,25
A16.30.069	Снятие послеоперационных швов (лигатур)	0,38	0,38
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	1,5	1,5
A17.07.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов	1,5	1,5
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	0,5	0,5
A17.07.004	Ионофорез при патологии полости рта и зубов	1,01	1,01
A17.07.006	Депофорез корневого канала зуба	1,5	1,5
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта	2	2
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	1,67	1,67
A17.07.009	Воздействие электрическими полями при патологии полости рта и зубов	1	1
A17.07.010	Воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов	1	1
A17.07.011	Воздействие токами ультравысокой частоты при патологии полости рта и зубов	1,25	1,25
A17.07.012	Ультравысокочастотная индуктотермия при патологии полости рта и зубов	1,25	1,25
A20.07.001	Гидроорошение при заболевании полости рта и зубов	1,5	1,5
A21.07.001	Вакуум-терапия в стоматологии	0,68	0,68
A22.07.005	Ультрафиолетовое облучение ротоглотки	1,25	1,25
A22.07.007	Ультрафонофорез лекарственных препаратов на область десен	1	1
Ортодонтия			

B01.063.001	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта первичный		4,21
B01.063.002	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта повторный		1,38
B04.063.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта		1,69
A02.07.004	Антропометрические исследования		1,1
A23.07.002.027	Изготовление контрольной модели		2,5
A02.07.010.001	Снятие оттиска с одной челюсти		1,4
A02.07.010	Исследование на диагностических моделях челюстей		2
A23.07.001.001	Коррекция съемного ортодонического аппарата		1,75
A23.07.003	Припасовка и наложение ортодонтического аппарата		1,8
A23.07.001.002	Ремонт ортодонического аппарата		1,55
A23.07.002.037	Починка перелома базиса самотвердеющей пластмассой		1,75
A23.07.002.045	Изготовление дуги вестибулярной с дополнительными изгибами		3,85
A23.07.002.073	Изготовление дуги вестибулярной		2,7
A23.07.002.051	Изготовление кольца ортодонтического		4
A23.07.002.055	Изготовление коронки ортодонтической		4
A23.07.002.058	Изготовление пластинки вестибулярной		2,7
A23.07.002.059	Изготовление пластинки с заслоном для языка (без кламмеров)		2,5
A23.07.002.060	Изготовление пластинки с окклюзионными накладками		1,8
A16.07.053.002	Распил ортодонтического аппарата через винт		1
Профилактические услуги			
B04.064.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского		1,57
B04.065.006	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога	1,3	1,57
B04.065.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта	1,3	
B04.065.004	Профилактический прием (осмотр, консультация) зубного врача	1,3	1,3
A11.07.012	Глубокое фторирование эмали зуба	0,3	0,3
A11.07.024	Местное применение реминерализующих препаратов в области зуба[4]	0,7	0,7
A13.30.007	Обучение гигиене полости рта	0,87	0,87
A16.07.057	Запечатывание фиссуры зуба герметиком	1	1

Примечания:

[1] - одного квадранта

[2] - включая полирование пломбы

[3] - трех зубов

[4] - одного зуба

[5] - на одной челюсти
[6] - без наложения швов
[7] - один шов
[8] - в области двух-трех зубов
[9] - в области одного-двух зубов