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 2 декабря 2019 г. № 66/11/9)

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)

Основными отличиями новой модели клинико-статистических групп (далее – КСГ) от модели КСГ 2019 года являются:

1) увеличение количества КСГ в условиях круглосуточного стационара с 359 до 364 групп, в условиях дневного стационара – с 150 до 153 групп, в том числе за счет:

- расширения количества КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых пациентов при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара с 10 до 13 групп;
- расширения количества КСГ для случаев лечения эпилепсии в стационарных условиях;
- выделения КСГ в условиях дневного стационара для случаев госпитализации в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования;

2) пересмотр содержания КСГ для случаев лучевой терапии;

3) увеличение коэффициентов относительной затратоемкости КСГ для случаев хирургического лечения по профилю «Онкология» с учетом анестезиологического пособия;

4) пересмотр коэффициентов относительной затратоемкости КСГ по профилю «Онкология» с учетом средних нормативов объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1. 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 относительной 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 коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг 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 заболеваний;

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 классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по клинико-статистической группе, с учетом 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.

2. 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 объема предоставления медицинской помощи;

– 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;

– 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;

– 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 и условиях дневного стационара:

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, устанавливаемых при различных заболеваниях, 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». Аналогично оплата по КСГ для случаев лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей может осуществляться при госпитализациях на койки как по профилю «Онкология», так и по профилю «Гематология». 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 помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи».

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

a. Диагноз (код по МКБ 10);

b. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);

c. Схема лекарственной терапии;

d. МНН лекарственного препарата;

e. Возрастная категория пациента;

f. Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ 10);

g. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации;

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

i. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

j. Пол;

k. Длительность лечения.

Нумерация КПГ представлена в формате четырехзначного кода, в котором первым и вторым знаком являются латинские буквы st (для круглосуточного стационара) или ds (для дневного стационара), третий и четвертый знаки – это порядковый номер профиля. Номер КСГ формируются из номера КПГ, в которую включена соответствующая КСГ, и трехзначного номера КСГ внутри КПГ с разделением через точку. Например, КСГ «Сепсис, взрослые» в круглосуточном стационаре имеет код st12.005, где st12 – код профиля «Инфекционные болезни» в круглосуточном стационаре, а 005 – номер КСГ внутри КПГ «Инфекционные болезни».

Расшифровка групп в соответствии с МКБ 10 и Номенклатурой, а также инструкция по группировке случаев, включающая, в том числе правила учета 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, в случае, когда пациент, страдающий сахарным диабетом, госпитализирован в медицинскую организацию с легочной эмболией, для оплаты медицинской помощи в реестре счетов в поле «Основной диагноз» указывается легочная эмболия, в поле «Дополнительный диагноз» указывается сахарный диабет. Исключением являются случаи, осложненные сепсисом и фебрильной нейтропенией (подробности кодирования указанных состояний представлены в Инструкции).

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.

Описание алгоритма группировки с применением таблицы «Группировщик» для случаев лечения, оплата которых осуществляется по КСГ, представлено 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 иных классификационных критериев, устанавливаемых в субъекте Российской Федерации. При этом данный классификационный критерий должен быть в обязательном порядке включен в реестр счетов, формируемый медицинскими организациями и передаваемый в ТФОМС. В качестве дополнительно установленных классификационных критериев могут быть определены: длительное пребывание на профильной койке (реанимационные, реанимационные для

новорожденных, интенсивной терапии, интенсивной терапии для новорожденных) или использование дорогостоящих реанимационных технологий, дорогостоящих лекарственных препаратов (расходных материалов), уровень оказания медицинской помощи в случае сложившейся однообразной этапности ее оказания для конкретной КСГ.

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

Средневзвешенный 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:

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

$КЗ_i$ весовой коэффициент затратоемкости подгруппы i;

$Ч_{СЛ}^i$ 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:

$$ФО_{МО} = \sum СС_{КСГ/КПГ}, \text{ где:}$$

$ФО_{МО}$ 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 относительной затратоемкости стационара ($СКЗ_{ст}$), который рассчитывается по формуле:

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

$Ч_{СЛ}^{i}$ 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 госпитализаций в круглосуточном стационаре;

– долю отдельных групп КСГ в стационарных условиях в общем количестве законченных случаев: st02.010, st05.008, st14.001, st19.027-st19.036, st19.056-st19.058, st19.061, st20.005, st21.001, st29.009, st30.006, st31.002, st34.002;

– уровень и структуру случаев лечения в условиях дневного стационара;

– долю отдельных групп КСГ в условиях дневного стационара в общем количестве случаев лечения: ds02.003, ds05.005, ds14.001, ds19.001-ds19.015, ds19.018-ds19.027, ds19.030-ds19.032, ds19.036, ds20.002, ds21.002, ds29.001, ds30.002, ds31.002, ds34.002;

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

– оперативную активность;

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

3. Основные параметры оплаты медицинской помощи по КСГ 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 (подуровня) 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 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее - Постановление № 462).

Данный коэффициент используется в расчетах в 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 базовой ставке.

3.1. 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:

$$\text{СПК} = \frac{\sum(\text{КЗ}_i \times \text{ПК}_i \times \text{КД}_i \times \text{Ч}_{\text{СЛ}}^i)}{\text{Ч}_{\text{СЛ}}}.$$

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 недопустимо установление базовой ставки в стационарных условиях ниже 65% от норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации, а в условиях дневного стационара ниже 60% от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации.

В 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» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ) с учетом запланированных изменений структуры госпитализаций.

3.2. 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.

3.3. 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.

3.3.1. 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.

Значение управленческого коэффициента – от 0,8 до 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.

К КСГ, включающим оплату медицинской помощи с применением сложных медицинских технологий, в том числе при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности, 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.

К КСГ по профилю «Онкология» и «Детская онкология» управленческий коэффициент не применяется (устанавливается в значении 1).

3.3.2. 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.

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 в составе Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н (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 и (или) структурных подразделений федеральных медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь – от 1,4 до 1,7.

Медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, 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 и (или) структурных подразделений 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 оказания медицинской

помощи ($СКУС_i$) каждого уровня не может превышать средние значения. $СКУС_i$ рассчитывается по формуле:

$$СКУС_i = \frac{\Sigma(КУС_{МО_j} \times Ч_{СЛ_j})}{Ч_{СЛ_i}}, \text{ где:}$$

$СКУС_i$ средневзвешенный коэффициент уровня оказания медицинской помощи i;

$КУС_{МО_j}$ коэффициент подуровня оказания медицинской помощи j;

$Ч_{СЛ_j}$ число случаев, пролеченных в стационарах с подуровнем j;

$Ч_{СЛ_i}$ число случаев в целом по уровню.

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

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 относительной затратоемкости, коэффициент уровня оказания медицинской помощи при оплате медицинской помощи по ряду КСГ, 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 в условиях круглосуточного стационара, приведен в Инструкции (КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеющие высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающие в большинстве случаев одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания помощи). Перечень КСГ дневного стационара, к которым не применяется коэффициент уровня, определяется на уровне субъекта Российской Федерации с применением аналогичного подхода, за исключением КСГ, относящихся к профилю «Детская онкология» и «Онкология».

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

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 сложности лечения пациента.

3.3.3. 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. При оплате по КПГ сверхдлительные сроки госпитализации не учитываются.

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.

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

4.1. 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 законченных 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 пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

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

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

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – не более 50% от стоимости КСГ или КПГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – от 50 до 100% от стоимости КСГ или КПГ.

Конкретная доля оплаты данных случаев устанавливается в тарифном соглашении.

В целях определения размера оплаты прерванного случая при оплате по КПГ необходимо вести учет хирургических вмешательств и проведения тромболитической терапии (для случаев лечения инфаркта миокарда, инсульта и легочной эмболии). Установленные размеры оплаты для КПГ применяются во всех без исключения случаях, описанных выше.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в случае

перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и из дневного стационара в круглосуточный – 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 10:

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

– случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

– этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

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

– проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания.

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

4.2. 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 неотложной и экстренной формах, 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, в соответствии с установленными способами оплаты.

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 соответствующей КСГ.

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.

4.3. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»

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

Для КСГ №№ st37.001-st37.018 в стационарных условиях и для КСГ №№ ds37.001-ds37.012 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации. При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. Градации оценки и описание ШРМ 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.

4.4. 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.

Тарифным соглашением устанавливаются базовые тарифы на оплату гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») и перитонеального диализа (код услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ»), рассчитанные в соответствии с Методикой расчета тарифов и включающие в себя расходы,

определенные частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ. Для последующего расчета остальных услуг диализа, оказываемых на территории субъекта Российской Федерации, к базовому тарифу применяются рекомендуемые коэффициенты относительной затратоемкости, представленные в Приложении 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:

A18.05.001.001 Плазмообмен;

A18.05.001.003 Плазмодиафильтрация;

A18.05.001.004 Плазмофильтрация каскадная;

A18.05.001.005 Плазмофильтрация селективная;

A18.05.002.004 Гемодиализ с селективной плазмофильтрацией и адсорбцией;

A18.05.003.001 Гемофильтрация крови продленная;

A18.05.006.001 Селективная гемосорбция липополисахаридов;

A18.05.007 Иммуносорбция;

A18.05.020.001 Плазмосорбция сочетанная с гемофильтрацией;

A18.05.021.001 Альбуминовый диализ с регенерацией альбумина.

4.5. 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), I-II (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки), I-III (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов (неполный цикл)	0,6
2	Проведение I-III этапов экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов (неполный цикл)	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 (криоперенос)	0,19

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

Средний норматив финансовых затрат на 1 случай экстракорпорального оплодотворения, утвержденный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, соответствует стоимости полного цикла экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов, но представляет собой усредненную стоимость случая экстракорпорального оплодотворения с учетом проведения у части пациентов неполных циклов и проведения в отдельных случаях полного цикла с криоконсервацией эмбрионов.

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет 1 день, в связи с чем указанные случаи могут быть оказаны как в условиях дневного стационара, так и в амбулаторных условиях (по решению субъекта РФ).

4.6. Оплата случаев лечения по профилю «Онкология»

Средние коэффициенты относительной затратоемкости КПГ «Онкология» в стационарных условиях и в условиях дневного стационара установлены на основе нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «Онкология» и специализированной медицинской помощи, включенной в КПГ «Детская онкология».

КПГ «Онкология» круглосуточного стационара включает 61 КСГ, в том числе 26 КСГ для случаев хирургического лечения, 13 КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых пациентов при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), 3 КСГ для случаев лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, 10 КСГ для лучевой терапии, 7 КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией, 1 КСГ для лечения фебрильной нейтропении, агранулоцитоза, возникших вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований и 1 КСГ для установки (замены) порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований.

КПГ «Онкология» дневного стационара включает 36 КСГ, в том числе 2 КСГ для случаев хирургического лечения, 13 КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых пациентов при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), 3 КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых пациентов при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, 10 КСГ для лучевой

терапии, 5 КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией, 1 КСГ для установки (замены) порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований, 1 КСГ для случаев госпитализации в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ, 1 КСГ для случаев госпитализации в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования.

Формирование КСГ и расчет коэффициентов относительной затратоемкости КСГ по профилю «Онкология» для случаев лечения пациентов со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара выполнены в соответствии с моделями диагностики и лечения пациентов в составе проектов стандартов медицинской помощи, разработанных на основании утвержденных Ассоциацией онкологов России клинических рекомендаций по профилю «Онкология» и размещенных на Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России (cr.rosminzdrav.ru).

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

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

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

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

КСГ для случаев лекарственной терапии формируются на основании кода МКБ 10 и схемы лекарственной терапии.

Оптимальная длительность госпитализации в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ составляет 1 день, в связи с чем указанные случаи могут быть оказаны как в условиях дневного стационара, так и в амбулаторных условиях (по решению субъекта РФ).

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

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

Субъектами Российской Федерации на основе перераспределения объемов медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания устанавливаются дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на 1 жителя и нормативы объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо с учетом этапов оказания медицинской помощи, уровня и структуры заболеваемости, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, а также климатических и географических особенностей регионов, учитывая приоритетность финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи.

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

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

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);
- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) 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);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, 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);
- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии).

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

2.1. Расчет среднего размера финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

В соответствии с Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 № 247 (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:

$$ФО_{СР}^{АМБ} = \frac{\left(Но_{ПРОФ} \times Нфз_{ПРОФ} + Но_{ОЗ} \times Нфз_{ОЗ} + Но_{НЕОТЛ} \times Нфз_{НЕОТЛ}\right) \times Чз - ОС_{МТР}}{Чз}$$, 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, 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, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, 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.

Учитывая, что Программой средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями ($Нфз_{ПРОФ}$) установлен в разрезе трех направлений, его расчет осуществляется по формуле:

$$Нфз_{ПРОФ} = \frac{Но_{ПО} \times Нфз_{ПО} + Но_{ДИСП} \times Нфз_{ДИСП} + Но_{ПИЦ} \times Нфз_{ПИЦ}}{Но_{ПРОФ}}$$, где:

$Но_{ПО}$ — средний норматив объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, комплексных посещений;

$Но_{ДИСП}$ — средний норматив объема медицинской помощи для проведения диспансеризации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, комплексных посещений;

$Но_{ПИЦ}$ — средний норматив объема на посещение с иными целями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;

$Нфз_{ПО}$ — средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$Нфз_{ДИСП}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$Нфз_{ПИЦ}$ средний норматив финансовых затрат на посещение с иными целями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей.

2.2. Определение подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными нормативами

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо определяется по следующей формуле:

$$ПН_А = \frac{ФО_{СР}^{АМБ} \times Ч_З - ОС_{ФАП} - ОС_{ИССЛЕД} - ОС_{ПО} - ОС_{ДИСП} - ОС_{НЕОТЛ}}{Ч_З}$$, где:

$ПН_А$ подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными нормативами, рублей;

$ОС_{ФАП}$ размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, рублей;

$ОС_{ИССЛЕД}$ размер средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$ОС_{ПО}$ размер средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$ОС_{ДИСП}$ размер средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$ОС_{НЕОТЛ}$ размер средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей.

При этом объем средств, направляемый на финансовое обеспечение медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами, не включает в себя средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за единицу медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение

фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов ($ОС_{ФАП}$), рассчитывается в соответствии с разделом 2.7.

Объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, рассчитывается по следующей формуле:

$$ОС_{ИССЛЕД} = (Но_{КТ} \times Нфз_{КТ} + Но_{МРТ} \times Нфз_{МРТ} + Но_{УЗИ} \times Нфз_{УЗИ} + Но_{ЭНД} \times Нфз_{ЭНД} + Но_{МГИ} \times Нфз_{МГИ} + Но_{ГИСТ} \times Нфз_{ГИСТ}) \times Ч_З,$$ где:

$Но_{КТ}$ средний норматив объема медицинской помощи для проведения компьютерной томографии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;

$Но_{МРТ}$ средний норматив объема медицинской помощи для проведения магнитно-резонансной томографии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;

$Но_{УЗИ}$ средний норматив объема медицинской помощи для проведения ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;

$Но_{ЭНД}$ средний норматив объема медицинской помощи для проведения эндоскопических диагностических исследований, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;

$Но_{МГИ}$ средний норматив объема медицинской помощи для проведения молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;

$Но_{ГИСТ}$ средний норматив объема медицинской помощи для

проведения гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;

$Нфз_{КТ}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения компьютерной томографии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$Нфз_{МРТ}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения магнитно-резонансной томографии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$Нфз_{УЗИ}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$Нфз_{ЭНД}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения эндоскопических диагностических исследований, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$Нфз_{МГИ}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$Нфз_{ГИСТ}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей.

Объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров, рассчитывается по следующей формуле:

$$ОС_{ПО} = Но_{ПО} \times Нфз_{ПО} \times Ч_З.$$

Объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, рассчитывается по следующей формуле:

$$ОС_{ДИСП} = Но_{ДИСП} \times Нфз_{ДИСП} \times Ч_З.$$

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

$$ОС_{НЕОТЛ} = Но_{НЕОТЛ} \times Нфз_{НЕОТЛ} \times Ч_З.$$

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

Исходя из подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами ($ПН_А$), оказываемой 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 по следующей формуле:

$$ПН_{БАЗ} = ПН_А - \frac{ОС_{ЕО}}{Ч_З}, \text{ где:}$$

$ПН_{БАЗ}$ базовый (средний) подушевой норматив финансирования, рублей;

$ОС_{ЕО}$ размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу

объема медицинской помощи застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами), рублей.

В соответствии с Требованиями субъект Российской Федерации определяет перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования. 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., на проведение отдельных видов диагностических исследований и др.).

В базовый 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.

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 Требованиями.

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

2.4. Правила применения коэффициента уровня (подуровня) оказания медицинской помощи

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской организации должны определяться дифференцированно с учетом коэффициента уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, установленного в Тарифном соглашении для групп медицинских организаций, определенных пунктом 5.2 Требований.

С учетом объективных критериев, основанных на экономическом обосновании и расчетах, выполненных в соответствии с Методикой расчета

тарифов, по каждому уровню могут выделяться подуровни оказания медицинской помощи с установлением коэффициентов по каждому подуровню оказания медицинской помощи. При этом в соответствии с Требованиями в качестве таких критериев могут использоваться плотность населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности регионов, уровень расходов на содержание медицинских организаций и/или структурных подразделений медицинских организаций (медицинских пунктов, мобильных медицинских бригад, а также подразделений, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, и т.п.), достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации.

При расчете коэффициентов уровня (подуровня) оказания медицинской помощи не учитываются половозрастной состав населения и расходы на содержание медицинских организаций и их структурных подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и оплату труда персонала (пункты 2.5 и 2.6 настоящего раздела Методических рекомендаций соответственно).

Значения коэффициентов уровня (подуровня) оказания медицинской помощи устанавливаются самостоятельно субъектом Российской Федерации.

При этом снижение размера финансового обеспечения медицинской организации с учетом наличия у нее подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, по сравнению с уровнем предыдущего года недопустимо (без учета применения коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала ($КД^{i}_{ОТ}$)).

2.5. Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации

С целью учета различий в потреблении медицинской помощи в субъекте Российской Федерации устанавливаются половозрастные коэффициенты дифференциации. Коэффициенты дифференциации рассчитываются на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, но не реже одного раза в год, и о численности застрахованных лиц за данный период.

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива выполняется следующий алгоритм:

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

1) до года мужчины/женщины;

2) год - четыре года мужчины/женщины;

3) пять - семнадцать лет мужчины/женщины;

4) восемнадцать – шестьдесят четыре года мужчины/женщины;

5) шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

При этом субъект Российской Федерации вправе дифференцировать данные половозрастные группы.

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

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

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

$Р = З \div М \div Ч$, где:

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

М — количество месяцев в расчетном периоде;

Ч — численность застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации.

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

$Р_j = З_j \div М \div Ч_j$, где:

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

Чj — численность застрахованных лиц субъекта Российской

Федерации, попадающего в j-тый половозрастной интервал.

6) Рассчитываются коэффициенты дифференциации КДj для каждой половозрастной группы по формуле:

$$КД_j = Р_j \div Р.$$

При этом для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше устанавливается значение половозрастного коэффициента в размере не менее 1,6 (в случае, если расчетное значение коэффициента потребления медицинской помощи по группам мужчин и женщин 65 лет и старше составляет менее 1,6, значение коэффициента принимается равным 1,6).

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

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

$$КД^i_{ПВ} = \sum_j (КД^j_{ПВ} \times Ч^j_З)/Ч^i_З, \text{ где:}$$

$КД^i_{ПВ}$ — половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i-той медицинской организаций;

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

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

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

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

2.6. Расчет коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала

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

При этом критерии отдаленности устанавливаются комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

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

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

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

При этом допустимо установление дифференцированных значений коэффициентов для разных медицинских организаций или их подразделений в зависимости от комплектности участков, обслуживаемого радиуса и др.

В случае если только отдельные подразделения медицинской организации, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации $КД_{от}$, объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

$$КД^{i}_{от} = \left(1 - \sum Д_{отj}\right) + \sum(КД_{отj} \times Д_{отj}), \text{ где}$$

$КД^{i}_{от}$ – коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и

расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i-той медицинской организаций (при наличии).

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

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

2.7. Расчет дифференцированных подушевых нормативов и поправочного коэффициента

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитывается дифференцированные подушевые нормативы для медицинских организаций по следующей формуле:

$$ДП^{i}_{Н} = ПН_{БАЗ} \times КУ^{i}_{МО} \times КД^{i}_{ПВ} \times КД^{i}_{ОТ} \times КД^{i}_{СУБ}, \text{ где:}$$

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

$КУ^{i}_{МО}$ коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, к которому относится i-тая медицинская организация;

$КД^{i}_{СУБ}$ 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 коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг, установленные для территории, на которой расположена i-тая медицинская организация (в соответствии с Требованиями) (применяется в случае, если коэффициент дифференциации не является

единым для всей территории субъекта Российской Федерации).

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:

$$ПК = \frac{\sum_i (ДП_Н^i \times Ч_З^i)}{ПН_{БАЗ} \times Ч_З}.$$

Фактический дифференцированный подушевой норматив для медицинской организации, имеющей прикрепленное население, рассчитывается по формуле:

$$ФДП_Н^i = \frac{ДП_Н^i}{ПК}, \text{ где:}$$

$ФДП_Н^i$ фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования i-той медицинской организации, рублей.

2.8. Расчет объема финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации составляет в среднем на 2020 год:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, – 957,2 тыс. рублей

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, – 1 516,4 тыс. рублей,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, – 1 702,8 тыс. рублей.

При расчете размеров финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в субъектах Российской Федерации применяются коэффициенты дифференциации, рассчитанные в соответствии с Постановлением № 462.

Кроме указанных типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при необходимости субъектом Российской Федерации самостоятельно устанавливаются размеры финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов иных типов

(обслуживающих менее 100 и более 2000 жителей, а также не соответствующих требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению) исходя из установленных Программой нормативов, с применением понижающих и повышающих поправочных коэффициентов к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерского-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей и от 1500 до 2000 жителей соответственно.

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

$$ОС^{i}_{ФАП} = \sum_{n}(Ч^{n}_{ФАП} \times ФРО^{n}_{ФАП} \times ПК^{n}_{ФРО}), \text{ где:}$$

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

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

$ФРО^{n}_{ФАП}$ — размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n-го типа;

$ПК^{n}_{ФРО}$ — поправочный коэффициент финансового размера финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов определен Программой, устанавливается значение коэффициента равное 1).

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

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

При оплате медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи 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 (подуровень) 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 медицинских организаций, имеющих в структуре мобильные медицинские бригады, устанавливаются повышающие коэффициенты в размере 1,05 - 1,2 к тарифам на посещения, обращения, медицинские услуги при оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами или устанавливаются отдельные тарифы на медицинские услуги, оказанные мобильными медицинскими бригадами.

Проведение 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 посещение.

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерством здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации

пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью».

Программой установлены нормативы объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров на 2020 год - 0,2535 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо, для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований - 0,181 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо, и нормативы финансовых затрат на 2019 год на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров - 1 782,2 рубля, на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний - 2 048,7 рубля, включающие в себя расходы на проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации мобильными медицинскими бригадами, а также проведение указанных мероприятий в выходные дни.

Таким образом, тарифы на профилактические осмотры и проведение диспансеризации дифференцируются в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни и использования для проведения профилактических осмотров и диспансеризации мобильных медицинских бригад. При этом расчет тарифов на единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) при оплате профилактических медицинских осмотров и диспансеризации осуществляется в соответствии с Методикой расчета тарифов с учетом нормативов объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации.

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются завершенными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови.

Субъекты Российской Федерации устанавливают тарифы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной

томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) с учетом применения различных видов и методов исследований систем, органов и тканей человека, обусловленного заболеваемостью населения.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний.

Ежедневно врачу предоставляются сведения о возможных объемах отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии), предоставляемых в конкретных медицинских организациях.

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

2.10. Расчет итогового объема финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи

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

$$ФО^{i}_{ФАКТ} = ОС^{i}_{ДС} + ФДП^{i}_{Н} \times Ч^{i}_{З} + ОС^{i}_{ФАП} + ОС^{i}_{ИССЛЕД} + ОС^{i}_{ПО} + ОС^{i}_{ДИСП} + + ОС^{i}_{НЕОТЛ} + ОС^{i}_{ЕО},$$ где:

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

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

$ОС^{i}_{ИССЛЕД}$ размер средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) в i-той медицинской организации, рублей;

$ОС^{i}_{ПО}$ размер средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в i-той медицинской организации, рублей;

$ОС^{i}_{ДИСП}$ размер средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в i-той медицинской организации, рублей;

$ОС^{i}_{НЕОТЛ}$ размер средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в i-той медицинской организации, рублей;

$ОС^{i}_{ЕО}$ размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в i-той медицинской организации в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами), рублей.

2.11. Применение показателей результативности деятельности медицинской организации

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств

на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов), 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) 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:

$$ОС_{ПН} = ФДП_{Н}^{i} \times Ч_{З}^{i} \times (1 - Д_{РД}) + ОС_{РД}, \text{ где:}$$

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

$Д_{РД}$ — доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности;

$ОС_{РД}$ — 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 Требованиями. 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.

В субъектах Российской Федерации, внедряющих новую модель медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства (далее – «Бережливая поликлиника»), в целях повышения мотивации медицинского и управленческого персонала медицинских организаций необходимо применять способ оплаты 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 (за единицу объема медицинской помощи).

Оценка показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» осуществляется представителями регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи в соответствии с Методическими рекомендациями «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации от 30.07.2019 (далее – Методические рекомендации «Новая модель»). Рекомендуемый период оценки показателей - 1 раз в год.

Результаты оценки показателей результативности передаются в комиссию по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации для осуществления стимулирующих выплат медицинским организациям по итогам года. Медицинская организация получает стимулирующие выплаты в случае достижения всех показателей результативности, установленных в Методических рекомендациях «Новая модель».

При наличии в субъекте Российской Федерации медицинских организаций, имеющих в своей структуре мобильные медицинские бригады, могут быть установлены соответствующие показатели результативности деятельности таких медицинских организаций (в частности, доля посещений, оказанных специалистами мобильных медицинских бригад жителям населенных пунктов с преимущественным проживанием лиц старше трудоспособного возраста либо расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий).

2.12. Особенности оплаты стоматологической помощи в амбулаторных условиях

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 4,2.

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, представлено в Приложении 6.

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 Требованиями, 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:

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

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

$КД_{ИНТ}$ — 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 коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг, установленные для территории, на которой расположена медицинская организация (в соответствии с Требованиями).

$КД_{СУБ}$ 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). При этом для каждой половозрастной группы (подгруппы) рассчитываются единые значения коэффициента дифференциации в пределах субъекта Российской Федерации. Указанные коэффициенты устанавливаются тарифным соглашением субъекта.

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.

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

При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, может применяться способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая фактическое выполнение объема медицинской помощи по видам и условиям оказания. При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

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

При применении указанного способа оплаты из общего объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ (КПГ), исключаются средства, направляемые на оплату медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в медицинские организации, оплата медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара для которых осуществляется в рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц.

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

V. 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.

VI. ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

1. Общие положения

Направлениями использования телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи являются:

– дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой;

– дистанционное взаимодействие медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями;

– дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента, в том числе дистанционное мониторирование отдельных показателей при хронических неинфекционных заболеваниях (в 2020 году финансовое обеспечение осуществляется в рамках региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения).

Затраты консультирующих медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, на проведение консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий учитываются в более высоком коэффициенте уровня и (или) подуровня оказания медицинской помощи. При этом более высокий коэффициент подуровня оказания медицинской помощи для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий, включает в себя затраты на проведенные консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий с учетом объемов проведенных консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий.

В случае, когда консультирующая медицинская организация и (или) структурные подразделения медицинской организации оказывают медицинскую помощь в амбулаторных условиях, целесообразно установление тарифов на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

При этом в соответствии с частью 1 статьи 30 Федерального закона № 326-ФЗ тарифы на проведение консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий рассчитываются согласно Методике расчета тарифов с учетом времени, затраченного на проведение консультации (консилиума врачей) с применением телемедицинских технологий, и включают в себя:

- затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда персонала, принимающего непосредственное участие в консультации (консилиуме врачей);

- затраты на амортизацию основных средств, непосредственно используемых во время консультации (консилиума врачей), стоимостью до ста тысяч рублей за единицу;

- затраты на возмещение расходов на мягкий инвентарь, непосредственно используемый во время консультации (консилиума врачей);

- затраты на приобретение услуг связи, непосредственно потребляемых во время консультации (консилиума врачей);

- затраты на приобретение материальных запасов, непосредственно потребляемых в процессе консультации (консилиума врачей);

- затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе консультации (консилиума врачей);

- прочие затраты.

Учитывая необходимость установления комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования вне зависимости от применяемого способа оплаты единых тарифов на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, применяемых при межучрежденческих и межтерриториальных расчетах, тарифы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий утверждаются тарифным соглашением.

2. Подходы к установлению тарифов на оплату дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой

Возможно применение следующих способов оплаты в зависимости от применяемых способов оплаты первичной медико-санитарной помощи в субъекте РФ:

– оплата по тарифам за услугу (без механизма взаиморасчетов) – целесообразно в случае применения способа 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), а также в случае, когда консультируемая медицинская организация не имеет прикрепленного населения;

– оплата по тарифам за услугу в рамках межучережденческих расчетов через страховые медицинские организации – целесообразно при применении способа оплаты 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) при включении соответствующих услуг в подушевой норматив.

В случае оплаты без применения межучрежденческих расчетов при очном консультировании с участием пациента необходимо предусмотреть

оплату консультируемой медицинской организации по тарифу на посещение соответствующего консультируемого врача.

Определение единиц оказания медицинской помощи при данном виде дистанционного взаимодействия осуществляется исходя из режима проведения (в режиме реального времени или в режиме отсроченной консультации) и вида консультирования (консультация, консультирование по результатам проведенных исследований, консилиум), для консультаций по результатам исследований – исходя из вида исследований.

Тарифы устанавливаются в разрезе следующих форм дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой:

- дистанционная консультация в режиме реального времени;
- дистанционная консультация в режиме отсроченной консультации;
- дистанционный консилиум (с участием 2-3 специалистов);
- дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования 1 группы (ультразвуковая, эндоскопическая, функциональная, патологоанатомическое исследование);
- дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования 2 группы (рентгенодиагностика, КТ, МРТ, ПЭТ, радионуклидная диагностика).

Оплата проведения консилиума осуществляется по установленному тарифу вне зависимости от режима его проведения.

Дистанционный консилиум с привлечением 1 специалиста-участника консилиума подлежит оплате по тарифу за дистанционную консультацию в режиме реального времени или в режиме отсроченной консультации исходя из режима выполненной консультации.

Субъекты Российской Федерации вправе устанавливать региональные поправочные коэффициенты к тарифам в зависимости от:

– формы оказания медицинской помощи (экстренная, плановая и неотложная) - в размере не более 1,4 для консультации в неотложной и экстренной форме;

– квалификации врача (квалификационная категория, научная степень) исходя из системы оплаты труда;

– специальности врача (группе специальностей врача) исходя из продолжительности времени, затрачиваемого на проведение дистанционного консультирования.

Субъекты РФ также вправе устанавливать повышающие коэффициенты к тарифу на консилиум в случае проведения консилиумов с участием более 3 врачей.

В целях стимулирования консультируемой медицинской организации, особенно в случае применения механизма взаиморасчетов, возможно применение стимулирующего компонента в виде установления повышающего коэффициента дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений, применяемого при

расчете интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива с учетом необходимости содержания кабинета телемедицинских технологий.

Пример расчета тарифа на оплату дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой в форме консультации в режиме реального времени приведен в Приложении 7.

3. Подходы к установлению тарифов на оплату дистанционного взаимодействия медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями

Способ оплаты дистанционного взаимодействия медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями определяется в субъекте РФ исходя из используемых подходов к оплате первичной медико-санитарной помощи. Нецелесообразно устанавливать отдельные тарифы на посещение с применением телемедицинских технологий в тех случаях, когда данные услуги оплачиваются в составе подушевого норматива.

Оплата по тарифам за услугу, отличающимся от тарифов на очное посещение (тарифы ниже, чем на очное посещение) осуществляется в случае применения способа 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), а также в случае, когда медицинская организация не имеет прикрепленного населения.

В случае применения способа оплаты 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) медицинская помощь, включенная в подушевой норматив, отдельно не оплачивается, при этом на нее устанавливается соответствующий тариф, и осуществляется учет в разрезе единиц объема медицинской помощи аналогично очным посещениям.

Определение единиц оказания медицинской помощи при данном виде дистанционного взаимодействия осуществляется исходя из специальности медицинского персонала и режима осуществления консультаций (в режиме реального времени или в отсроченном режиме).

Тарифы устанавливаются в разрезе следующих форм дистанционного взаимодействия медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями:

– дистанционное взаимодействие врачей с пациентами и (или) их законными представителями в режиме реального времени;

– дистанционное взаимодействие среднего медицинского персонала с пациентами и (или) их законными представителями в режиме реального времени;

– дистанционное взаимодействие медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями в отсроченном режиме.

При этом тарифы на проведение дистанционного взаимодействия среднего медицинского персонала с пациентами и (или) их законными представителями в режиме реального времени устанавливаются для проведения консультаций по профилю «Медицинская реабилитация».

Субъекты Российской Федерации вправе дифференцировать установленные тарифы в зависимости от:

– квалификации врача (квалификационная категория, научная степень) исходя из системы оплаты труда;

– специальности врача (группе специальностей врача) исходя из продолжительности времени, затрачиваемого на проведение дистанционного консультирования.

Приложение 1

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

№ п/п	Код	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
1	**st01**	**Акушерское дело**	**0,50**
1	st01.001	Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода	0,50
2	**st02**	**Акушерство и гинекология**	**0,80**
2	st02.001	Осложнения, связанные с беременностью	0,93
3	st02.002	Беременность, закончившаяся абортивным исходом	0,28
4	st02.003	Родоразрешение	0,98
5	st02.004	Кесарево сечение	1,01
6	st02.005	Осложнения послеродового периода	0,74
7	st02.006	Послеродовой сепсис	3,21
8	st02.007	Воспалительные болезни женских половых органов	0,71
9	st02.008	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
10	st02.009	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов	0,46
11	st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39
12	st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)	0,58
13	st02.012	Операции на женских половых органах (уровень 3)	1,17
14	st02.013	Операции на женских половых органах (уровень 4)	2,20
3	**st03**	**Аллергология и иммунология**	**1,25**
15	st03.001	Нарушения с вовлечением иммунного механизма	4,52
16	st03.002	Ангионевротический отек, анафилактический шок	0,27
4	**st04**	**Гастроэнтерология**	**1,04**
17	st04.001	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	0,89
18	st04.002	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
19	st04.003	Болезни печени, невирусные (уровень 1)	0,86
20	st04.004	Болезни печени, невирусные (уровень 2)	1,21
21	st04.005	Болезни поджелудочной железы	0,87
22	st04.006	Панкреатит с синдромом органной дисфункции	4,19
5	**st05**	**Гематология**	**1,66**
23	st05.001	Анемии (уровень 1)	0,94
24	st05.002	Анемии (уровень 2)	5,32
25	st05.003	Нарушения свертываемости крови	4,50
26	st05.004	Другие болезни крови и кроветворных органов (уровень 1)	1,09

№ п/п	Код	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
27	st05.005	Другие болезни крови и кроветворных органов (уровень 2)	4,51
28	st05.008	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе	2,05
6	**st06**	**Дерматология**	**0,80**
29	st06.001	Редкие и тяжелые дерматозы	1,72
30	st06.002	Среднетяжелые дерматозы	0,74
31	st06.003	Легкие дерматозы	0,36
7	**st07**	**Детская кардиология**	**1,84**
32	st07.001	Врожденные аномалии сердечно-сосудистой системы, дети	1,84
8	**st08**	**Детская онкология**	**6,36**
33	st08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети	4,37
34	st08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети	7,82
35	st08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети	5,68
9	**st09**	**Детская урология-андрология**	**1,15**
36	st09.001	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)	0,97
37	st09.002	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 2)	1,11
38	st09.003	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)	1,97
39	st09.004	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)	2,78
40	st09.005	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 1)	1,15
41	st09.006	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 2)	1,22
42	st09.007	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 3)	1,78
43	st09.008	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)	2,23
44	st09.009	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)	2,36
45	st09.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)	4,28
10	**st10**	**Детская хирургия**	**1,10**
46	st10.001	Детская хирургия (уровень 1)	2,95
47	st10.002	Детская хирургия (уровень 2)	5,33
48	st10.003	Аппендэктомия, дети (уровень 1)	0,77
49	st10.004	Аппендэктомия, дети (уровень 2)	0,97
50	st10.005	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)	0,88
51	st10.006	Операции по поводу грыж, дети (уровень 2)	1,05
52	st10.007	Операции по поводу грыж, дети (уровень 3)	1,25
11	**st11**	**Детская эндокринология**	**1,48**
53	st11.001	Сахарный диабет, дети	1,51
54	st11.002	Заболевания гипофиза, дети	2,26
55	st11.003	Другие болезни эндокринной системы, дети (уровень 1)	1,38
56	st11.004	Другие болезни эндокринной системы, дети (уровень 2)	2,82

№ п/п	Код	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
12	**st12**	**Инфекционные болезни**	**0,65**
57	st12.001	Кишечные инфекции, взрослые	0,58
58	st12.002	Кишечные инфекции, дети	0,62
59	st12.003	Вирусный гепатит острый	1,40
60	st12.004	Вирусный гепатит хронический	1,27
61	st12.005	Сепсис, взрослые	3,12
62	st12.006	Сепсис, дети	4,51
63	st12.007	Сепсис с синдромом органной дисфункции	7,20
64	st12.008	Другие инфекционные и паразитарные болезни, взрослые	1,18
65	st12.009	Другие инфекционные и паразитарные болезни, дети	0,98
66	st12.010	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые	0,35
67	st12.011	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети	0,50
68	st12.012	Грипп, вирус гриппа идентифицирован	1,00
69	st12.013	Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции	4,40
70	st12.014	Клещевой энцефалит	2,30
13	**st13**	**Кардиология**	**1,49**
71	st13.001	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 1)	1,42
72	st13.002	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)	2,81
73	st13.003	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии	3,48
74	st13.004	Нарушения ритма и проводимости (уровень 1)	1,12
75	st13.005	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)	2,01
76	st13.006	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 1)	1,42
77	st13.007	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)	2,38
14	**st14**	**Колопроктология**	**1,36**
78	st14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	0,84
79	st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	1,74
80	st14.003	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 3)	2,49
15	**st15**	**Неврология**	**1,12**
81	st15.001	Воспалительные заболевания ЦНС, взрослые	0,98
82	st15.002	Воспалительные заболевания ЦНС, дети	1,55
83	st15.003	Дегенеративные болезни нервной системы	0,84
84	st15.004	Демиелинизирующие болезни нервной системы	1,33
85	st15.005	Эпилепсия, судороги (уровень 1)	0,96
86	st15.018	Эпилепсия, судороги (уровень 2)	2,30
87	st15.019	Эпилепсия (уровень 3)	3,16
88	st15.020	Эпилепсия (уровень 4)	4,84
89	st15.007	Расстройства периферической нервной системы	1,02
90	st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень1)	1,61

№ п/п	Код	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
91	st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)	2,05
92	st15.010	Другие нарушения нервной системы (уровень 1)	0,74
93	st15.011	Другие нарушения нервной системы (уровень 2)	0,99
94	st15.012	Транзиторные ишемические приступы, сосудистые мозговые синдромы	1,15
95	st15.013	Кровоизлияние в мозг	2,82
96	st15.014	Инфаркт мозга (уровень 1)	2,52
97	st15.015	Инфаркт мозга (уровень 2)	3,12
98	st15.016	Инфаркт мозга (уровень 3)	4,51
99	st15.017	Другие цереброваскулярные болезни	0,82
16	**st16**	**Нейрохирургия**	**1,20**
100	st16.001	Паралитические синдромы, травма спинного мозга (уровень 1)	0,98
101	st16.002	Паралитические синдромы, травма спинного мозга (уровень 2)	1,49
102	st16.003	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии	0,68
103	st16.004	Травмы позвоночника	1,01
104	st16.005	Сотрясение головного мозга	0,40
105	st16.006	Переломы черепа, внутричерепная травма	1,54
106	st16.007	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 1)	4,13
107	st16.008	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 2)	5,82
108	st16.009	Операции на периферической нервной системе (уровень 1)	1,41
109	st16.010	Операции на периферической нервной системе (уровень 2)	2,19
110	st16.011	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)	2,42
111	st16.012	Доброкачественные новообразования нервной системы	1,02
17	**st17**	**Неонатология**	**2,96**
112	st17.001	Малая масса тела при рождении, недоношенность	4,21
113	st17.002	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость	16,02
114	st17.003	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций	7,40
115	st17.004	Геморрагические и гемолитические нарушения у новорожденных	1,92
116	st17.005	Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 1)	1,39
117	st17.006	Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 2)	1,89
118	st17.007	Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 3)	2,56
18	**st18**	**Нефрология (без диализа)**	**1,69**
119	st18.001	Почечная недостаточность	1,66
120	st18.002	Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа	1,82
121	st18.003	Гломерулярные болезни	1,71

№ п/п	Код	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
19	**st19**	**Онкология**	**4,26**
122	st19.001	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1)	2,41
123	st19.002	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2)	4,02
124	st19.003	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3)	4,89
125	st19.004	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1)	3,05
126	st19.005	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2)	5,31
127	st19.006	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1)	1,66
128	st19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)	2,77
129	st19.008	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3)	4,32
130	st19.009	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)	1,29
131	st19.010	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)	1,55
132	st19.011	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3)	1,71
133	st19.012	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 1)	2,29
134	st19.013	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 2)	2,49
135	st19.014	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1)	2,79
136	st19.015	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2)	3,95
137	st19.016	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 1)	2,38
138	st19.017	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 2)	2,63
139	st19.018	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1)	2,17
140	st19.019	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2)	3,43
141	st19.020	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3)	4,27
142	st19.021	Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости	3,66
143	st19.022	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях	2,81
144	st19.023	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1)	3,42
145	st19.024	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)	5,31

№ п/п	Код	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
146	st19.025	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1)	2,86
147	st19.026	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2)	4,31
148	st19.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)	0,61
149	st19.028	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)	1,54
150	st19.029	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)	2,42
151	st19.030	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)	3,26
152	st19.031	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)	4,06
153	st19.032	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)	4,90
154	st19.033	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)	5,87
155	st19.034	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)	7,87
156	st19.035	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)	8,91
157	st19.036	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)	10,71
158	st19.056	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)	12,30
159	st19.057	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)	15,04
160	st19.058	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)	29,52
161	st19.037	Фебрильная нейтропения, агранулоцитоз вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований	2,93
162	st19.038	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований	1,24
163	st19.039	Лучевая терапия (уровень 1)	0,73
164	st19.040	Лучевая терапия (уровень 2)	0,99
165	st19.041	Лучевая терапия (уровень 3)	2,51

№ п/п	Код	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
166	st19.042	Лучевая терапия (уровень 4)	3,05
167	st19.043	Лучевая терапия (уровень 5)	3,21
168	st19.044	Лучевая терапия (уровень 6)	4,71
169	st19.045	Лучевая терапия (уровень 7)	5,22
170	st19.046	Лучевая терапия (уровень 8)	8,11
171	st19.047	Лучевая терапия (уровень 9)	11,56
172	st19.048	Лучевая терапия (уровень 10)	14,55
173	st19.049	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 1)	3,09
174	st19.050	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 2)	6,32
175	st19.051	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 3)	7,37
176	st19.052	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 4)	9,92
177	st19.053	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 5)	10,86
178	st19.054	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 6)	15,90
179	st19.055	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 7)	22,52
180	st19.059	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые	4,27
181	st19.060	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые	3,46
182	st19.061	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы	7,92
20	**st20**	**Оториноларингология**	**0,87**
183	st20.001	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ уха, горла, носа, полости рта	0,66
184	st20.002	Средний отит, мастоидит, нарушения вестибулярной функции	0,47
185	st20.003	Другие болезни уха	0,61
186	st20.004	Другие болезни и врожденные аномалии верхних дыхательных путей, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания, нарушения речи	0,71
187	st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)	0,84
188	st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)	0,91
189	st20.007	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)	1,10
190	st20.008	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)	1,35
191	st20.009	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)	1,96
192	st20.010	Замена речевого процессора	25,00

№ п/п	Код	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
21	**st21**	**Офтальмология**	**0,92**
193	st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)	0,49
194	st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)	0,79
195	st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)	1,07
196	st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)	1,19
197	st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)	2,11
198	st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)	2,33
199	st21.007	Болезни глаза	0,51
200	st21.008	Травмы глаза	0,66
22	**st22**	**Педиатрия**	**0,80**
201	st22.001	Нарушения всасывания, дети	1,11
202	st22.002	Другие болезни органов пищеварения, дети	0,39
203	st22.003	Воспалительные артропатии, спондилопатии, дети	1,85
204	st22.004	Врожденные аномалии головного и спинного мозга, дети	2,12
23	**st23**	**Пульмонология**	**1,31**
205	st23.001	Другие болезни органов дыхания	0,85
206	st23.002	Интерстициальные болезни легких, врожденные аномалии развития легких, бронхо-легочная дисплазия, дети	2,48
207	st23.003	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ органов дыхания, других и неуточненных органов грудной клетки	0,91
208	st23.004	Пневмония, плеврит, другие болезни плевры	1,28
209	st23.005	Астма, взрослые	1,11
210	st23.006	Астма, дети	1,25
24	**st24**	**Ревматология**	**1,44**
211	st24.001	Системные поражения соединительной ткани	1,78
212	st24.002	Артропатии и спондилопатии	1,67
213	st24.003	Ревматические болезни сердца (уровень 1)	0,87
214	st24.004	Ревматические болезни сердца (уровень 2)	1,57
25	**st25**	**Сердечно-сосудистая хирургия**	**1,18**
215	st25.001	Флебит и тромбофлебит, варикозное расширение вен нижних конечностей	0,85
216	st25.002	Другие болезни, врожденные аномалии вен	1,32
217	st25.003	Болезни артерий, артериол и капилляров	1,05
218	st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы	1,01
219	st25.005	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 1)	2,11
220	st25.006	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 2)	3,97
221	st25.007	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 3)	4,31
222	st25.008	Операции на сосудах (уровень 1)	1,20
223	st25.009	Операции на сосудах (уровень 2)	2,37
224	st25.010	Операции на сосудах (уровень 3)	4,13
225	st25.011	Операции на сосудах (уровень 4)	6,08
226	st25.012	Операции на сосудах (уровень 5)	7,12

№ п/п	Код	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
26	**st26**	**Стоматология детская**	**0,79**
227	st26.001	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	0,79
27	**st27**	**Терапия**	**0,73**
228	st27.001	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	0,74
229	st27.002	Новообразования доброкачественные, in situ, неопределенного и неуточненного характера органов пищеварения	0,69
230	st27.003	Болезни желчного пузыря	0,72
231	st27.004	Другие болезни органов пищеварения, взрослые	0,59
232	st27.005	Гипертоническая болезнь в стадии обострения	0,70
233	st27.006	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1)	0,78
234	st27.007	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2)	1,70
235	st27.008	Другие болезни сердца (уровень 1)	0,78
236	st27.009	Другие болезни сердца (уровень 2)	1,54
237	st27.010	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания	0,75
238	st27.011	ХОБЛ, эмфизема, бронхоэктатическая болезнь	0,89
239	st27.012	Отравления и другие воздействия внешних причин	0,53
240	st27.013	Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции	4,07
241	st27.014	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования	1,00
28	**st28**	**Торакальная хирургия**	**2,09**
242	st28.001	Гнойные состояния нижних дыхательных путей	2,05
243	st28.002	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 1)	1,54
244	st28.003	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 2)	1,92
245	st28.004	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3)	2,56
246	st28.005	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)	4,12
29	**st29**	**Травматология и ортопедия**	**1,37**
247	st29.001	Приобретенные и врожденные костно-мышечные деформации	0,99
248	st29.002	Переломы шейки бедра и костей таза	1,52
249	st29.003	Переломы бедренной кости, другие травмы области бедра и тазобедренного сустава	0,69
250	st29.004	Переломы, вывихи, растяжения области грудной клетки, верхней конечности и стопы	0,56
251	st29.005	Переломы, вывихи, растяжения области колена и голени	0,74
252	st29.006	Множественные переломы, травматические ампутации, размозжения и последствия травм	1,44
253	st29.007	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)	7,07

№ п/п	Код	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
254	st29.008	Эндопротезирование суставов	4,46
255	st29.009	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)	0,79
256	st29.010	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)	0,93
257	st29.011	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)	1,37
258	st29.012	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)	2,42
259	st29.013	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)	3,15
30	**st30**	**Урология**	**1,20**
260	st30.001	Тубулоинтерстициальные болезни почек, другие болезни мочевой системы	0,86
261	st30.002	Камни мочевой системы; симптомы, относящиеся к мочевой системе	0,49
262	st30.003	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов	0,64
263	st30.004	Болезни предстательной железы	0,73
264	st30.005	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов	0,67
265	st30.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)	1,20
266	st30.007	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)	1,42
267	st30.008	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)	2,31
268	st30.009	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)	3,12
269	st30.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)	1,08
270	st30.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)	1,12
271	st30.012	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)	1,62
272	st30.013	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 4)	1,95
273	st30.014	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)	2,14
274	st30.015	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)	4,13
31	**st31**	**Хирургия**	**0,90**
275	st31.001	Болезни лимфатических сосудов и лимфатических узлов	0,61
276	st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,55
277	st31.003	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)	0,71
278	st31.004	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)	1,38

№ п/п	Код	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
279	st31.005	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 4)	2,41
280	st31.006	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 1)	1,43
281	st31.007	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 2)	1,83
282	st31.008	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 3)	2,16
283	st31.009	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)	1,81
284	st31.010	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)	2,67
285	st31.011	Болезни молочной железы, новообразования молочной железы доброкачественные, in situ, неопределенного и неизвестного характера	0,73
286	st31.012	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей	0,76
287	st31.013	Остеомиелит (уровень 1)	2,42
288	st31.014	Остеомиелит (уровень 2)	3,51
289	st31.015	Остеомиелит (уровень 3)	4,02
290	st31.016	Доброкачественные новообразования костно-мышечной системы и соединительной ткани	0,84
291	st31.017	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи	0,50
292	st31.018	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы	0,37
293	st31.019	Операции на молочной железе (кроме злокачественных новообразований)	1,19
32	**st32**	**Хирургия (абдоминальная)**	**1,20**
294	st32.001	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 1)	1,15
295	st32.002	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)	1,43
296	st32.003	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 3)	3,00
297	st32.004	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)	4,30
298	st32.005	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 1)	2,42
299	st32.006	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)	2,69
300	st32.007	Панкреатит, хирургическое лечение	4,12
301	st32.008	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)	1,16
302	st32.009	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)	1,95
303	st32.010	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3)	2,46
304	st32.011	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)	0,73
305	st32.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)	0,91
306	st32.013	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)	0,86

№ п/п	Код	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
307	st32.014	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)	1,24
308	st32.015	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)	1,78
309	st32.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)	1,13
310	st32.017	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)	1,19
311	st32.018	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 3)	2,13
33	**st33**	**Хирургия (комбустиология)**	**1,95**
312	st33.001	Отморожения (уровень 1)	1,17
313	st33.002	Отморожения (уровень 2)	2,91
314	st33.003	Ожоги (уровень 1)	1,21
315	st33.004	Ожоги (уровень 2)	2,03
316	st33.005	Ожоги (уровень 3)	3,54
317	st33.006	Ожоги (уровень 4)	5,20
318	st33.007	Ожоги (уровень 5)	11,11
319	st33.008	Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции	14,07
34	**st34**	**Челюстно-лицевая хирургия**	**1,18**
320	st34.001	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	0,89
321	st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74
322	st34.003	Операции на органах полости рта (уровень 2)	1,27
323	st34.004	Операции на органах полости рта (уровень 3)	1,63
324	st34.005	Операции на органах полости рта (уровень 4)	1,90
35	**st35**	**Эндокринология**	**1,40**
325	st35.001	Сахарный диабет, взрослые (уровень 1)	1,02
326	st35.002	Сахарный диабет, взрослые (уровень 2)	1,49
327	st35.003	Заболевания гипофиза, взрослые	2,14
328	st35.004	Другие болезни эндокринной системы, взрослые (уровень 1)	1,25
329	st35.005	Другие болезни эндокринной системы, взрослые (уровень 2)	2,76
330	st35.006	Новообразования эндокринных желез доброкачественные, in situ, неопределенного и неизвестного характера	0,76
331	st35.007	Расстройства питания	1,06
332	st35.008	Другие нарушения обмена веществ	1,16
333	st35.009	Кистозный фиброз	3,32
36	**st36**	**Прочее**	
334	st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина	4,32
335	st36.002	Редкие генетические заболевания	3,50
336	st36.003	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов	5,35
337	st36.004	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения	0,32
338	st36.005	Госпитализация в диагностических целях с постановкой диагноза туберкулеза, ВИЧ-инфекции, психического заболевания	0,46
339	st36.006	Отторжение, отмирание трансплантата органов и тканей	8,40
340	st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных	2,32

№ п/п	Код	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
		препаратов	
341	st36.008	Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении	18,15
342	st36.009	Реинфузия аутокрови	2,05
343	st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация	7,81
344	st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация	15,57
345	st36.012	Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения	0,50
37	**st37**	**Медицинская реабилитация**	**1,74**
346	st37.001	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (3 балла по ШРМ)	1,31
347	st37.002	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (4 балла по ШРМ)	1,82
348	st37.003	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (5 баллов по ШРМ)	3,12
349	st37.004	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (6 баллов по ШРМ)	8,60
350	st37.005	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (3 балла по ШРМ)	1,24
351	st37.006	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (4 балла по ШРМ)	1,67
352	st37.007	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (5 баллов по ШРМ)	3,03
353	st37.008	Медицинская кардиореабилитация (3 балла по ШРМ)	1,02
354	st37.009	Медицинская кардиореабилитация (4 балла по ШРМ)	1,38
355	st37.010	Медицинская кардиореабилитация (5 баллов по ШРМ)	2,00
356	st37.011	Медицинская реабилитация при других соматических заболеваниях (3 балла по ШРМ)	0,59
357	st37.012	Медицинская реабилитация при других соматических заболеваниях (4 балла по ШРМ)	0,84
358	st37.013	Медицинская реабилитация при других соматических заболеваниях (5 баллов по ШРМ)	1,17
359	st37.014	Медицинская реабилитация детей, перенесших заболевания перинатального периода	1,50
360	st37.015	Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации	1,80
361	st37.016	Медицинская реабилитация детей с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения	4,81
362	st37.017	Медицинская реабилитация детей с поражениями центральной нервной системы	2,75
363	st37.018	Медицинская реабилитация детей, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем	2,35

№ п/п	Код	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
38	**st38**	**Гериатрия**	**1,50**
364	st38.001	Соматические заболевания, осложненные старческой астенией	1,50

Приложение 2

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

№ п/п	Код	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
1	**ds01**	**Акушерское дело**	**0,50**
2	**ds02**	**Акушерство и гинекология**	**0,80**
1	ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода	0,83
2	ds02.002	Болезни женских половых органов	0,66
3	ds02.003	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,71
4	ds02.004	Операции на женских половых органах (уровень 2)	1,06
5	ds02.005	Экстракорпоральное оплодотворение	9,79
6	ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)	0,33
7	ds02.007	Аборт медикаментозный*	1,04
3	**ds03**	**Аллергология и иммунология**	**0,98**
8	ds03.001	Нарушения с вовлечением иммунного механизма	0,98
4	**ds04**	**Гастроэнтерология**	**0,89**
9	ds04.001	Болезни органов пищеварения, взрослые	0,89
5	**ds05**	**Гематология**	**1,09**
10	ds05.001	Болезни крови (уровень 1)	0,91
11	ds05.002	Болезни крови (уровень 2)	2,41
12	ds05.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе	3,73
6	**ds06**	**Дерматология**	**1,54**
13	ds06.001	Дерматозы	1,54
7	**ds07**	**Детская кардиология**	**0,98**
14	ds07.001	Болезни системы кровообращения, дети	0,98
8	**ds08**	**Детская онкология**	**12,80**
15	ds08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети	7,95
16	ds08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети	14,23
17	ds08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети	10,34
9	**ds09**	**Детская урология-андрология**	**1,42**
18	ds09.001	Операции на мужских половых органах, дети	1,38
19	ds09.002	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети	2,09
10	**ds10**	**Детская хирургия**	**1,60**
20	ds10.001	Операции по поводу грыж, дети	1,60
11	**ds11**	**Детская эндокринология**	**1,39**

№ п/п	Код	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
21	ds11.001	Сахарный диабет, дети	1,49
22	ds11.002	Другие болезни эндокринной системы, дети	1,36
12	**ds12**	**Инфекционные болезни**	**0,92**
23	ds12.001	Вирусный гепатит В хронический, лекарственная терапия	2,75
24	ds12.010	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 1)	4,90
25	ds12.011	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 2)	22,20
26	ds12.005	Другие вирусные гепатиты	0,97
27	ds12.006	Инфекционные и паразитарные болезни, взрослые	1,16
28	ds12.007	Инфекционные и паразитарные болезни, дети	0,97
29	ds12.008	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, взрослые	0,52
30	ds12.009	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети	0,65
13	**ds13**	**Кардиология**	**0,80**
31	ds13.001	Болезни системы кровообращения, взрослые	0,80
32	ds13.002	Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов	3,39
33	ds13.003	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	**ds14**	**Колопроктология**	**1,70**
34	ds14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	1,53
35	ds14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	3,17
15	**ds15**	**Неврология**	**1,05**
36	ds15.001	Болезни нервной системы, хромосомные аномалии	0,98
37	ds15.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)	1,75
38	ds15.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)	2,89
16	**ds16**	**Нейрохирургия**	**1,06**
39	ds16.001	Болезни и травмы позвоночника, спинного мозга, последствия внутричерепной травмы, сотрясение головного мозга	0,94
40	ds16.002	Операции на периферической нервной системе	2,57
17	**ds17**	**Неонатология**	**1,79**
41	ds17.001	Нарушения, возникшие в перинатальном периоде	1,79
18	**ds18**	**Нефрология (без диализа)**	**2,74**
42	ds18.001	Гломерулярные болезни, почечная недостаточность (без диализа)	1,60
43	ds18.002	Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ	3,25
44	ds18.003	Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа	3,18
45	ds18.004	Другие болезни почек	0,80
19	**ds19**	**Онкология**	**6,11**
46	ds19.001	Лучевая терапия (уровень 1)	1,08

№ п/п	Код	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
47	ds19.002	Лучевая терапия (уровень 2)	1,56
48	ds19.003	Лучевая терапия (уровень 3)	2,72
49	ds19.004	Лучевая терапия (уровень 4)	3,14
50	ds19.005	Лучевая терапия (уровень 5)	4,20
51	ds19.006	Лучевая терапия (уровень 6)	5,37
52	ds19.007	Лучевая терапия (уровень 7)	6,28
53	ds19.008	Лучевая терапия (уровень 8)	10,97
54	ds19.009	Лучевая терапия (уровень 9)	15,38
55	ds19.010	Лучевая терапия (уровень 10)	26,65
56	ds19.011	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 1)	4,40
57	ds19.012	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 2)	8,21
58	ds19.013	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 3)	14,40
59	ds19.014	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 4)	26,14
60	ds19.015	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 5)	36,44
61	ds19.016	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)	2,35
62	ds19.017	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)	2,48
63	ds19.018	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)	1,18
64	ds19.019	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)	3,34
65	ds19.020	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)	5,45
66	ds19.021	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)	7,33
67	ds19.022	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)	9,12
68	ds19.023	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)	10,77
69	ds19.024	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)	13,06
70	ds19.025	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)	15,87
71	ds19.026	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)	18,85

№ п/п	Код	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
72	ds19.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)	21,40
73	ds19.030	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)	22,71
74	ds19.031	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)	27,09
75	ds19.032	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)	48,92
76	ds19.028	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований	2,17
77	ds19.029	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ	2,55
78	ds19.033	Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования	2,44
79	ds19.034	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые	7,77
80	ds19.035	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые	6,30
81	ds19.036	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы	14,41
20	**ds20**	**Оториноларингология**	**0,98**
82	ds20.001	Болезни уха, горла, носа	0,74
83	ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)	1,12
84	ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)	1,66
85	ds20.004	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)	2,00
86	ds20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)	2,46
87	ds20.006	Замена речевого процессора	45,50
21	**ds21**	**Офтальмология**	**0,98**
88	ds21.001	Болезни и травмы глаза	0,39
89	ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)	0,96
90	ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)	1,44
91	ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)	1,95
92	ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)	2,17
93	ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)	3,84
22	**ds22**	**Педиатрия**	**0,93**
94	ds22.001	Системные поражения соединительной ткани, артропатии, спондилопатии, дети	2,31

№ п/п	Код	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
95	ds22.002	Болезни органов пищеварения, дети	0,89
23	**ds23**	**Пульмонология**	**0,90**
96	ds23.001	Болезни органов дыхания	0,90
24	**ds24**	**Ревматология**	**1,46**
97	ds24.001	Системные поражения соединительной ткани, артропатии, спондилопатии, взрослые	1,46
25	**ds25**	**Сердечно-сосудистая хирургия**	**1,88**
98	ds25.001	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы	1,84
99	ds25.002	Операции на сосудах (уровень 1)	2,18
100	ds25.003	Операции на сосудах (уровень 2)	4,31
26	**ds26**	**Стоматология детская**	**0,98**
101	ds26.001	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	0,98
27	**ds27**	**Терапия**	**0,74**
102	ds27.001	Отравления и другие воздействия внешних причин	0,74
28	**ds28**	**Торакальная хирургия**	**1,32**
103	ds28.001	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения	1,32
29	**ds29**	**Травматология и ортопедия**	**1,25**
104	ds29.001	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)	1,44
105	ds29.002	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)	1,69
106	ds29.003	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)	2,49
107	ds29.004	Заболевания опорно-двигательного аппарата, травмы, болезни мягких тканей	1,05
30	**ds30**	**Урология**	**0,98**
108	ds30.001	Болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов	0,80
109	ds30.002	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)	2,18
110	ds30.003	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)	2,58
111	ds30.004	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)	1,97
112	ds30.005	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)	2,04
113	ds30.006	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)	2,95
31	**ds31**	**Хирургия**	**0,92**
114	ds31.001	Болезни, новообразования молочной железы	0,89
115	ds31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,75
116	ds31.003	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)	1,00
117	ds31.004	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)	4,34

№ п/п	Код	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
118	ds31.005	Операции на органах кроветворения и иммунной системы	1,29
119	ds31.006	Операции на молочной железе	2,60
32	**ds32**	**Хирургия (абдоминальная)**	**1,85**
120	ds32.001	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)	2,11
121	ds32.002	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)	3,55
122	ds32.003	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)	1,57
123	ds32.004	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)	2,26
124	ds32.005	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)	3,24
125	ds32.006	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях	1,70
126	ds32.007	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)	2,06
127	ds32.008	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)	2,17
33	**ds33**	**Хирургия (комбустиология)**	**1,10**
128	ds33.001	Ожоги и отморожения	1,10
34	**ds34**	**Челюстно-лицевая хирургия**	**0,89**
129	ds34.001	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	0,88
130	ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,92
131	ds34.003	Операции на органах полости рта (уровень 2)	1,56
35	**ds35**	**Эндокринология**	**1,23**
132	ds35.001	Сахарный диабет, взрослые	1,08
133	ds35.002	Другие болезни эндокринной системы, новообразования эндокринных желез доброкачественные, in situ, неопределенного и неизвестного характера, расстройства питания, другие нарушения обмена веществ	1,41
134	ds35.003	Кистозный фиброз	2,58
135	ds35.004	Лечение кистозного фиброза с применением ингаляционной антибактериальной терапии	12,27
36	**ds36**	**Прочее**	
136	ds36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина	7,86
137	ds36.002	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения	0,56
138	ds36.003	Госпитализация в дневной стационар в диагностических целях с постановкой диагноза туберкулеза, ВИЧ-инфекции, психического заболевания	0,46
139	ds36.004	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов	9,74
140	ds36.005	Отторжение, отмирание трансплантата органов и тканей	7,40
141	ds36.006	Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения	0,40
37	**ds37**	**Медицинская реабилитация**	**1,71**
142	ds37.001	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (2 балла по ШРМ)	1,61
143	ds37.002	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (3 балла по ШРМ)	1,94

№ п/п	Код	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
144	ds37.003	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (2 балла по ШРМ)	1,52
145	ds37.004	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (3 балла по ШРМ)	1,82
146	ds37.005	Медицинская кардиореабилитация (2 балла по ШРМ)	1,39
147	ds37.006	Медицинская кардиореабилитация (3 балла по ШРМ)	1,67
148	ds37.007	Медицинская реабилитация при других соматических заболеваниях (2 балла по ШРМ)	0,85
149	ds37.008	Медицинская реабилитация при других соматических заболеваниях (3 балла по ШРМ)	1,09
150	ds37.009	Медицинская реабилитация детей, перенесших заболевания перинатального периода	1,50
151	ds37.010	Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации	1,80
152	ds37.011	Медицинская реабилитация детей с поражениями центральной нервной системы	2,75
153	ds37.012	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 - 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) (в том числе, включая консультацию врача-гериатра)[2]	1,02 - 1,4
5	Сложность лечения пациента при наличии у него старческой астении[3]	1,1 - 1,4
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 антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (критерии	1,4 - 1,8

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Пороговые значения КСЛП
	применения КСЛП представлены в Инструкции)	
13	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции на фоне лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде	1,05 - 1,15
14	Проведение молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования в целях диагностики злокачественных новообразований	1,04 – 1,4
15	Проведение I этапа экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции), I-II этапа (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки), I-III этапа (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов (неполный цикл)	0,6
16	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов[4]	1,1
17	Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос)	0,19

[1] Кроме КСГ, относящихся к профилю «Неонатология»

[2] Кроме случаев госпитализации на геронтологические профильные койки

[3] Применяется в случае госпитализации на геронтологические профильные койки пациента с основным диагнозом, не включенным в перечень диагнозов, определенных КСГ «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией»

[4] В данный этап не входит осуществление размораживания криоконсервированных эмбрионов и перенос криоконсервированных эмбрионов в полость матки

Приложение 4

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ЗАТРАТОЕМКОСТИ К БАЗОВЫМ ТАРИФАМ ДЛЯ ОПЛАТЫ ДИАЛИЗА (БЕЗ УЧЕТА КОЭФФИЦИЕНТА ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ)

№	Код услуги	Наименование услуги	Условия оказания	Единица оплаты	Коэффициент относительной затратоемкости
Услуги гемодиализа					
1	A18.05.002	Гемодиализ	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	1,00
2	A18.05.002.002	Гемодиализ интермиттирующий низкопоточный	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	1,00
3	A18.05.002.001	Гемодиализ интермиттирующий высокопоточный	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	1,05
4	A18.05.011	Гемодиафильтрация	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	1,08
5	A18.05.004	Ультрафильтрация крови	стационарно	услуга	0,92
6	A18.05.002.003	Гемодиализ интермиттирующий продленный	стационарно	услуга	2,76
7	A18.05.003	Гемофильтрация крови	стационарно	услуга	2,88
8	A18.05.004.001	Ультрафильтрация продленная	стационарно	услуга	2,51
9	A18.05.011.001	Гемодиафильтрация продленная	стационарно	услуга	3,01
10	A18.05.002.005	Гемодиализ продолжительный	стационарно	сутки	5,23
11	A18.05.003.002	Гемофильтрация крови продолжительная	стационарно	сутки	5,48
12	A18.05.011.002	Гемодиафильтрация продолжительная	стационарно	сутки	5,73
Услуги перитонеального диализа					
13	A18.30.001	Перитонеальный диализ	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	день обмена	1,00
14	A18.30.001.001	Перитонеальный диализ проточный	стационарно	день обмена	4,92
15	A18.30.001.002	Перитонеальный диализ	стационарно,	день обмена	1,24

№	Код услуги	Наименование услуги	Условия оказания	Единица оплаты	Коэффициент относительной затратоемкости
		с использованием автоматизированных технологий	дневной стационар, амбулаторно		
16	A18.30.001.003	Перитонеальный диализ при нарушении ультрафильтрации	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	день обмена	1,09

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

Показатели	Единица измерения	Примечание
		Федерации
Доля посещений по заболеваниям, осуществленным в неотложной форме, от общего числа посещений по заболеваниям	% от всех посещений по заболеванию	-
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		

Показатели	Единица измерения	Примечание
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	% (целевое	Для оценки

Показатели	Единица измерения	Примечание
взрослого населения из подлежащего диспансеризации в текущем году	значение - не менее 80 процентов от подлежащих)	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 медицинской организации	% (целевое значение - не менее 30 процентов от подлежащих)	-
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

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

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

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

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
A16.07.002.011	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров[2]	3,75	3,75
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

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
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

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
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

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
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		18,0
A16.07.053.002	Распил ортодонтического аппарата через винт		1
Профилактические услуги			
B04.064.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского		1,57
B04.065.006	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога	1,3	1,57
B04.065.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта	1,3	
B04.065.004	Профилактический прием (осмотр, консультация) зубного врача	1,3	1,3
A11.07.012	Глубокое фторирование эмали зуба	0,3	0,3
A11.07.024	Местное применение реминерализующих препаратов в области зуба[4]	0,7	0,7
A13.30.007	Обучение гигиене полости рта	0,87	0,87
A16.07.057	Запечатывание фиссуры зуба герметиком	1	1

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

РАСЧЕТ ТАРИФА НА ОПЛАТУ ДИСТАНЦИОННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ МЕЖДУ СОБОЙ В ФОРМЕ КОНСУЛЬТАЦИИ В РЕЖИМЕ РЕАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ

Расчет тарифа на оплату дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой в форме консультации в режиме реального времени (далее – Дистанционная консультация) выполнен в соответствии с действующими нормативными правовыми актами, регулирующими уровень заработной платы работников, принимающих непосредственное участие в оказании медицинской услуги, нормы рабочего времени, продолжительность рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой должности, нормы времени на выполнение работ и расчетные нормы времени на проведение исследований, а также с учетом средних значений параметров расчета по Российской Федерации на 2020 год (субъект Российской Федерации при расчетах использует значения, установленные для конкретного субъекта Российской Федерации).

Расчет тарифа на Дистанционную консультацию произведен исходя из средней длительности консультации (18 минут) по следующей формуле:

$$Т_{УСЛ} = ЗОТ_{ПРНАЧ} + З_{АМПР} + З_{НЕПР}, \text{ где:}$$

$Т_{УСЛ}$ – тариф на проведение Дистанционной консультации, рублей;

$ЗОТ_{ПРНАЧ}$ – затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда персонала, принимающего непосредственное участие в проведении Дистанционной консультации, рублей;

$З_{АМПР}$ – затраты на амортизацию основных средств, непосредственно используемых при проведении Дистанционной консультации стоимостью до 100 тыс. рублей за единицу, рублей;

$З_{НЕПР}$ – непрямые затраты, включающие затраты на коммунальные услуги, на содержание объектов движимого и недвижимого имущества, на приобретение услуг связи, транспортных услуг, на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников медицинской организации, которые не принимают непосредственного участия в проведении Дистанционной консультации, сумма амортизации основных средств стоимостью до 100 тыс. рублей за единицу, не используемых при проведении Дистанционной консультации и прочие затраты на общехозяйственные нужды, рублей;

250,60 руб.= 175,41 руб.+ 4,15 руб.+ 71,04 руб.;

1. Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников, непосредственно участвующих в проведении Дистанционной консультации

Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда рассчитываются по следующей формуле:

$ЗОТ_{ПРНАЧ} = З_{ОТПР} + Н_{ОТПР}$, где:

$З_{ОТПР}$ — затраты на оплату труда работников, принимающих непосредственное участие в проведении Дистанционной консультации, рублей;

$Н_{ОТПР}$ — начисления на выплаты по оплате труда работников, принимающих непосредственное участие в проведении Дистанционной консультации, рублей;

175,41 руб. = 134,72 руб. + 40,69 руб.;

Затраты на оплату труда работников, принимающих непосредственное участие в проведении Дистанционной консультации, рассчитываются по формуле:

$$З_{ОТПР} = \frac{\sum_i \left(\frac{ЗП_i}{СМФРВкат_i} * t_i\right) * Д_{ОМС} * К_{ИНД}}{СКД_{ЗП} * СКО}$$, где:

$ЗП_i$ — уровень заработной платы i-ой категории работников в соответствии с Таблицей 1, рублей;

$СМФРВ_{кат i}$ — средний месячный фонд рабочего времени i-ой категории работников в соответствии с Таблицей 1, часов;

t_i — затрачиваемое время на проведение Дистанционной консультации i-ой категорией работников, часов в соответствии с Таблицей 1, часов;

$Д_{ОМС}$ — доля средств обязательного медицинского страхования, за счет которой достигаются целевые значения уровня заработной платы медицинских работников в соответствии с Указами Президента РФ (для данного примера расчета на 2020 г. принята равной 0,84 (84%);

КИНД — темп роста заработной платы медицинских работников в соответствии с базовым вариантом Прогноза Социально-

экономического развития Российской Федерации на период до 2024 года (для данного примера расчета на 2020 г. принят равным 1,00);

$СКД_{ЗП}$ средневзвешенный районный коэффициент дифференциации заработной платы (для 2020 г. = 1,149);

СКО средний коэффициент совместительства в отрасли (для данного примера расчета на 2020 г. принят равным 1,42).

$$134{,}72 \text{ руб.} = \frac{(\frac{84822{,}0 \text{руб.}}{136{,}4 \text{ ч.}} * 0{,}3 \text{ ч.} + \frac{42411{,}0 \text{ руб.}}{161{,}2 \text{ ч.}} * 0{,}15 \text{ ч.} + \frac{42411{,}0 \text{ руб.}}{161{,}2 \text{ ч.}} * 0{,}023 \text{ ч.} + \frac{84822{,}0 \text{ руб.}}{165{,}3 \text{ ч.}} * 0{,}03 \text{ ч.}) * 0{,}84 * 1{,}0}{1{,}149 * 1{,}42};$$

Таблица 1. Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников, принимающих непосредственное участие в проведении Дистанционной консультации

№п/п	Наименование	Целевые значения среднемесячной заработной платы на 2020 год ($ЗП_i$), рублей	Средний месячный фонд рабочего времени на 2020 год ($СМФРВ_{кат i}$), часов[1]	Затраты времени на консультацию (t_i), часов[2]
1	Врач-специалист, работающий 33 часа в неделю	84 822,0	136,4	0,30
2	Средний медицинский персонал, 39 часов в неделю	42 411,0	161,2	0,15
3	Младший медицинский персонал, 39 часов в неделю	42 411,0	161,2	0,023
4	Специалист IT-службы, 40 часов в неделю*	84 822,0	165,3	0,03

* В расчете заработная плата работника с высшим немедицинским образованием приравнена к уровню заработной платы врача-специалиста.

Обязательные платежи на обязательное пенсионное страхование, обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, на обязательное медицинское страхование, а также страховые взносы на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных

заболеваний работников, принимающих непосредственное участие в проведении Дистанционной консультации, определяются по формуле:

$Н_{ОТПР} = З_{ОТПР} * К_{НАЧ}$, где:

$К_{НАЧ}$ обязательные платежи на обязательное пенсионное страхование, обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, на обязательное медицинское страхование, а также страховые взносы на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний персонала, принимающего непосредственное участие в проведении Дистанционной консультации, %;

40,69 руб. = 134,72 руб. * 30,2%.

2. Затраты на амортизацию основных средств, непосредственно используемых при проведении Дистанционной консультации

Затраты на амортизацию основных средств, непосредственно используемых при проведении Дистанционной консультации стоимостью до 100 тыс. рублей за единицу, рассчитываются следующим образом:

$$З_{АМПР} = \sum \left(\frac{С_{ОСПР}}{Г_{ПИ} * Ч_{РДГОД} * Ч_{РД}} \right) * t_{усл}, \text{ где:}$$

$С_{ОСПР}$ стоимость каждой единицы основных средств, используемых при проведении Дистанционной консультации в соответствии с Таблицей 2, рублей;

$Г_{ПИ}$ годы полезного использования, установленные для данной единицы основных средств, в соответствии с Таблицей 2, лет;

$Ч_{РДГОД}$ число рабочих дней в году, дней (для 2020 г. – 248);

$Ч_{РД}$ продолжительность рабочего дня (смены), часов;

$t_{усл}$ время на оказание медицинской услуги с использованием основных средств и НМА, часов;

$$4{,}15 \text{ руб.} = \left(\frac{45\,496{,}5 \text{ руб.} + 35\,047{,}5 \text{руб.} + 19\,888{,}3 \text{ руб.} + 3\,296{,}5 \text{руб.}}{3 \text{ года} * 248 \text{ дней} * 12 \text{ ч.}} \right) * 0{,}3 \text{ ч.};$$

Таблица 2. Стоимость и срок полезного использования основных средств, используемых при проведении Дистанционной консультации

№ п/п	Наименование	Средняя стоимость единицы ($С_{ОСПР}$), рублей[3]	Срок полезного использования ($Г_{ПИ}$), лет[4]
1	Персональный компьютер	45 496,5	3
2	Многофункциональное устройство (принтер, сканер)	35 047,5	3
3	Источник бесперебойного питания	19 888,3	3
4	Веб-камера внешняя	3 296,5	3
5	Офисное программное обеспечение	19 820,0	3

При этом затраты на амортизацию основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу определяются в случае, если указанные расходы включены в территориальную программу обязательного медицинского страхования.

3. Затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом (непрямые затраты)

В качестве основания для структурного метода отнесения непрямых затрат выбран размер затрат на оплату труда и начислений на выплаты по оплате труда персонала, принимающего непосредственное участие в проведении Дистанционной консультации ($ЗОТ_{ПРНАЧ}$).

$$З_{НЕПР} = \sum \frac{ЗОТ_{ПРНАЧ}}{100} * КО_{СТ}, \text{ где:}$$

$КО_{СТ}$ — рекомендуемые пропорции отнесения каждой статьи непрямых затрат в соответствии с Таблицей 3;

$$71{,}04 \text{ руб.} = \frac{175{,}41 \text{ руб}}{100} * 6{,}6 + \frac{175{,}41 \text{ руб}}{100} * 3{,}9 + \frac{175{,}41 \text{ руб}}{100} * 0{,}33 + \frac{175{,}41 \text{ руб}}{100} * 0{,}07 + \frac{175{,}41 \text{ руб}}{100} * 19{,}8 + \frac{175{,}41 \text{ руб}}{100} * 0{,}5 + \frac{175{,}41 \text{ руб.}}{100} * 9{,}3.$$

Таким образом, расчетная стоимость тарифа на проведение Дистанционной консультации (без учета коэффициента дифференциации) составляет 250,60 рублей.

Таблица 3. Коэффициенты отнесения непрямых затрат к размеру затрат на оплату труда и начислений на выплаты по оплате труда работников, принимающих непосредственное участие в проведении Дистанционной консультации

№ п/п	Наименование	Пропорции отнесения, %[5]
1	Затраты на коммунальные услуги	6,60
2	Затраты на содержание объектов недвижимого имущества	3,90
3	Затраты на содержание объектов движимого имущества	
4	Затраты на приобретение услуг связи	0,33
5	Затраты на приобретение транспортных услуг	0,07
6	Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников, которые не принимают непосредственного участия в проведении Консультации	19,80
7	Сумма амортизации ОС стоимостью до 100 тыс. руб., не используемых при оказании МП	0,50
8	Прочие затраты на общехозяйственные нужды	9,30

Примечания:

[1] Для расчета месячного фонда рабочего времени категорий медицинских работников использованы данные производственного календаря и норма продолжительности рабочего времени в соответствии с Трудовым Кодексом Российской Федерации и Постановлением Правительства Российской Федерации от 14.02.2003 № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности»

[2] Средние временные затраты на дистанционные консультации в режиме реального времени определены на основании анализа и оценки установленных отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением специалиста.

[3] Средняя стоимость оборудования и программного обеспечения определена при анализе сведений о контрактах, размещенных на сайте государственных закупок в 2018-2019 гг.

[4] Срок полезного использования основного средства устанавливается в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.01.2002 № 1 «О Классификации основных средств, включаемых в амортизационные группы».

[5] Указанные пропорции получены экспертным методом при анализе затрат амбулаторно-поликлинических подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь за счет средств обязательного медицинского страхования