Приложение № 1

к Тарифному соглашению на 2025 год от 22.01.2025

Порядок формирования и оплаты случаев оказания медицинской помощи,

в том числе прерванных случаев лечения

При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты:

1. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:
   1. По подушевому нормативу финансирования.

Подушевое финансирование утверждается решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования исходя из численности прикрепившихся застрахованных лиц к медицинской организации и дифференцированного подушевого норматива финансирования амбулаторно-поликлинической помощи на прикрепившихся лиц, рассчитанного на основе базового подушевого норматива финансирования и коэффициентов (Приложение № 4).

* 1. Показатели результативности деятельности, порядок их применения и целевые значения, а также размер (доля) средств на осуществление стимулирующих выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившееся население, установлены Приложением № 2.
  2. Перечень фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, дифференцированных по численности обслуживаемого населения, с соответствующим размером финансового обеспечения на 2025 год с учетом их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, установлен Приложением № 4.
     1. В случае неполного соответствия требованиям, установленным [положением](consultantplus://offline/ref=A792EE277D708C74F556635022218629A8F82BC6F82B2CBBB47B8385683CE8ED4924C804A2397CF6B05B7BDE35DC56CA02EBFDF3940799EBf9U1G) об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования устанавливается размер финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов с учетом коэффициента специфики и уровня оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений:
     2. Коэффициенты специфики, применяемые к размеру финансового обеспечения ФЗ, ФАП дифференцированных по численности обслуживаемого населения, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2022 № 2497:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Категория  Персонала (наличие физических лиц только с основным местом работы или с совместительством не менее 0,5 ставки) | Соответствие (несоответствие) требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи населению | Коэффициент специфики |
| Фельдшер, акушерка | соответствует | 1,0 |
| Медицинская сестра | не соответствует | 0,5 |
| Прочий персонал | не соответствует | 0,25 |

* + 1. Коэффициенты уровня, применяемые к размеру финансового обеспечения ФЗ, ФАП, обслуживающего от 101 до 900 жителей, для расчета финансового обеспечения ФЗ, ФАП, обслуживающих до 100 жителей:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Категория  Персонала (наличие физических лиц только с основным местом работы или с совместительством не менее 0,5 ставки) | Соответствие (несоответствие) требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи населению | Коэффициент специфики |
| Фельдшер, акушерка, медицинская сестра | не соответствует | 0,5 |
| Прочий персонал | не соответствует | 0,25 |

* + 1. Коэффициенты уровня, применяемые к размеру финансового обеспечения ФЗ, ФАП, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей, для расчета финансового обеспечения ФЗ, ФАП, обслуживающих от 2001:

| Категория  Персонала (наличие физических лиц только с основным местом работы или с совместительством не менее 0,5 ставки) | Соответствие (несоответствие) требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи населению | Коэффициент  специфики |
| --- | --- | --- |
| Фельдшер, акушерка | не соответствует | 1,0 |
| Медицинская сестра | не соответствует | 0,5 |
| Прочий персонал | не соответствует | 0,25 |

* + 1. В случае оказания фельдшерскими здравпунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами, дифференцированных по численности обслуживаемого населения, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2022 № 2497, медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста, но при отсутствии в указанных пунктах акушеров, полномочия по работе с такими женщинами осуществляются фельдшером или медицинской сестрой (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем), а размер их финансового обеспечения устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения: до 15,00% - 1,01, от 15,00% - 1,015.
  1. По тарифу за **посещение с профилактической** и иными целями (Приложение № 7). Под посещением с профилактической и иной целью понимаются случаи обращения застрахованных лиц в медицинскую организацию при количестве посещений не более 1, за исключением оказания неотложной медицинской помощи в кабинетах (отделениях) неотложной медицинской помощи.
     1. В случае если, по итогам посещения с профилактической или иной целью выявлено наличие заболевания, состояния требующего медицинского вмешательства (при необходимости повторного обращения), случай оформляется как обращение по поводу заболевания, при этом посещение с профилактической или иной целью к оплате не предъявляется.
     2. В случае, если посещение с профилактической целью осуществляется в день посещения того же специалиста в рамках диспансеризации или иного профилактического осмотра, то такие посещения с профилактической или иной целью оплате не подлежат.
     3. Оплата телемедицинских консультаций врачами-специалистами осуществляется по тарифам согласно Приложению № 7.
  2. По тарифам за **комплексное посещение** (законченный случай):
     1. Посещение с профилактическими целями центров здоровья**»** (Приложение № 7).

Не подлежат учету по ОМС и оплате случаи первичных обращений для комплексного обследования в Центрах здоровья одним и тем же гражданином более одного раза в году.

1.5.2. Медицинская помощь в школах для больных с хроническими заболеваниями (Приложение 7), в том числе в «Школах сахарного диабета». **«Школа сахарного диабета»** включает в себя от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля (группа 10 человек). Комплексное посещения в расчете на 1 пациента включает в себя:

- Взрослые с сахарным диабетом 1 типа - 5 занятий продолжительностью 4 часа, а также проверка дневников самоконтроля

- Взрослые с сахарным диабетом 2 типа - 5 занятий продолжительностью 3 часа, а также проверка дневников самоконтроля

- Дети и подростки с сахарным диабетом - 10 занятий продолжительностью 2 часа, а также проверка дневников самоконтроля.

1.5.3. Медицинская помощь в рамках д**испансерного наблюдения взрослого населения** (Приложение 6) в соответствии с требованиями приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».

Диспансерное наблюдение при отдельных заболеваниях и состояниях, определенных нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации и Департамента здравоохранения Костромской области в соответствии с маршрутизацией, не входящие в приказ Министерства здравоохранения Российской федерации от 15.03.2022 № 168н «От утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», оплачиваются за обращение по заболеванию (в рамках подушевого норматива финансирования для медицинских организаций с прикрепленным населением, за единицу медицинской помощи в соответствии с маршрутизацией для медицинских организаций, не финансируемых по подушевому нормативу финансирования).

Объем медицинской помощи по диспансерному наблюдению детей, за исключением проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, включен в норматив объема медицинской помощи по обращениям в связи с заболеваниями в рамках подушевого финансирования.

1.5.4. **Профилактические медицинские осмотры и диспансеризация определенных групп взрослого** **населения.** Профилактический медицинский осмотр и I этап диспансеризации считаются завершенными и предъявляются к оплате по тарифу комплексного посещения (Приложения № 11 и № 8а) в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и I 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.

При предъявлении к оплате I этапа диспансеризации, профилактический медицинский осмотр, проведенный в рамках диспансеризации, отдельно к оплате не предъявляется. Объем обследования, установленный для профилактического медицинского осмотра, входит в законченный случай I этапа диспансеризации.

II этап диспансеризации считается законченным в случае выполнения осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, необходимость проведения которых определена по результатам I и II этапов диспансеризации, учитывается и предъявляется к оплате по способу оплаты «обращение по заболеванию», стоимость которого формируется из суммы тарифов фактически выполненных в период проведения II этапа диспансеризации осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий (медицинских услуг) согласно Приложению № 8б. При этом прием (осмотр) врача-терапевта является обязательным.

Проведение полного комплекса мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра и I этапа диспансеризации в выходные дни (дата начала случая и дата завершения случая соответствуют выходному дню) или мобильными медицинскими бригадами (мобильный медицинский комплекс) подлежит оплате по тарифам согласно Приложениям № 11 и № 8а.

Годом прохождения диспансеризации считается календарный год, в котором гражданин достигает соответствующего возраста, поэтому дата начала и дата окончания диспансеризации должны соответствовать одному календарному году и не может переходить на следующий календарный год, так как год окончания диспансеризации не будет соответствовать году достижения соответствующего возраста.

В дополнение к комплексам мероприятий, которые проводятся в рамках профилактического медицинского осмотра, а также I и II этапов диспансеризации граждане, вправе пройти углубленную диспансеризацию.

I этап углубленной диспансеризации считается завершенным и предъявляется к оплате по тарифам, установленным Приложением № 8в в случае выполнения 100% объема исследований и иных медицинских вмешательств, включенных в комплексное посещение.

II этап углубленной диспансеризации, который проводится по результатам первого этапа в целях дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) учитывается и предъявляется к оплате по способу оплаты "обращение по заболеванию", стоимость которого формируется из суммы тарифов фактически выполненных в период проведения II этапа углубленной диспансеризации осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий (медицинских услуг) согласно Приложению № 8в. При этом прием (осмотр) врача-терапевта является обязательным в случае прохождения углубленной диспансеризации вне профилактического медицинского осмотра и диспансеризации.

Одновременно с прохождением профилактического осмотра или диспансеризации для мужчин и женщин репродуктивного возраста предусмотрено проведение поэтапно (в зависимости от возрастных групп) диспансеризации, направленной на оценку их репродуктивного здоровья (далее - диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья), включающей исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно Приложению №8г.

Диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья проводится в два этапа.

I этап диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья считается завершенным и предъявляется к оплате по тарифам, установленным Приложение 8г в случае выполнения 100% необходимого объема исследований и иных медицинских вмешательств, включенных в комплексное посещение.

II этап диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья, который проводится по результатам первого этапа в целях дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) учитывается и предъявляется к оплате по способу оплаты "обращение по заболеванию", стоимость которого формируется из суммы тарифов фактически выполненных в период проведения II этапа диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий (медицинских услуг) согласно Приложению № 8г.

1.5.5. **Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей**, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (Приложение № 9). Случаи I этапа диспансеризации детей-сирот предъявляются к оплате после полного завершения осмотров, обследования и вынесения соответствующего заключения по тарифам за комплексное посещение. II этап диспансеризации детей-сирот является завершенным в случае проведения дополнительных консультаций, исследований, назначенных при подозрении на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз который не может быть установлен при проведении I этапа и оплачивается по способу оплаты «обращение по заболеванию», стоимость которого формируется из суммы тарифов по посещениям с профилактической целью (Приложение № 7). При этом прием (осмотр) врача-педиатра является обязательным.

Случай диспансеризации несовершеннолетнего считается законченным (I этап) при условии проведения осмотра врачом-психиатром. При этом в структуру тарифа за счет средств обязательного медицинского страхования расходы на проведение осмотра врачом-психиатром не включаются. Данный вид расходов оплачивается за счет средств областного бюджета в рамках государственного задания.

При проведении диспансеризации учитываются результаты диагностики, медицинских осмотров и диспансерного наблюдения, внесенные в историю развития ребенка и (или) медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов и (или) медицинскую карту ребенка, воспитывающегося в доме ребенка, давность которых не превышает 3 месяцев с даты осмотра и (или) исследования, а у детей, не достигших возраста 2 лет, учитываются данные, давность которых не превышает 1 месяца с даты осмотра и (или) исследования.

Случаи проведения полного комплекса мероприятий в рамках I этапа диспансеризации мобильными медицинскими бригадами (мобильный медицинский комплекс) предъявляются к оплате по тарифам согласно Приложению № 9.

В случаях проведения мобильными медицинскими бригадами (мобильный медицинский комплекс) в рамках II этапа диспансеризации дополнительных консультаций, исследований, назначенных при подозрении на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз который не может быть установлен при проведении I этапа, к тарифам посещений с профилактической целью (Приложение № 7) применяется повышающий коэффициент 1,15.

Общая продолжительность I этапа диспансеризации должна составлять не более 10 рабочих дней, а при назначении дополнительных консультаций, исследований и/или необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций общая продолжительность – не более 45 рабочих дней (I и II этапы).

В отношении несовершеннолетних старше 2 лет и подлежащих диспансеризации профилактические медицинские осмотры не проводятся.

Диспансеризация детей-сирот проводится медицинскими организациями в год достижения несовершеннолетними возраста, установленного в соответствии с порядками проведения диспансеризации.

1.5.6. **Профилактический медицинский осмотр несовершеннолетних** (Приложение № 10). Случаи I этапа предъявляются к оплате по тарифам за комплексное посещение после вынесения соответствующего заключения при полном завершении осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, установленных для определенных возрастных периодов. II этап профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних является завершенным в случае проведения дополнительных консультаций, исследований, назначенных при подозрении на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении I этапа и по способу оплаты «обращение по заболеванию», стоимость которого формируется из суммы тарифов по посещениям с профилактической целью (Приложение № 7). При этом прием (осмотр) врача-педиатра является обязательным.

Случай медицинского осмотра новорожденного считается законченным (I этап) при условии проведения неонатального скрининга на врожденный гипотиреоз, фенилкетонурию, адреногенитальный синдром, муковисцидоз и галактоземию. При этом в структуру тарифа за счет средств обязательного медицинского страхования расходы на проведение указанного неонатального скрининга не включаются. Данный вид расходов оплачивается за счет средств областного бюджета в рамках государственного задания.

Случай медицинского осмотра несовершеннолетнего считается законченным (I этап) при условии проведения осмотра врачом-психиатром. При этом в структуру тарифа за счет средств обязательного медицинского страхования расходы на проведение осмотра врачом-психиатром не включаются. Данный вид расходов оплачивается за счет средств областного бюджета в рамках государственного задания.

При проведении профилактических осмотров учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), давность которых не превышает 3 месяцев с даты проведения осмотра врача-специалиста и (или) исследования, а у несовершеннолетнего, не достигшего возраста 2 лет, учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, давность которых не превышает 1 месяца с даты осмотра врача-специалиста и (или) исследования. Результаты флюорографии легких (рентгенографии (рентгеноскопии), компьютерной томографии органов грудной клетки), внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), учитываются, если их давность не превышает 12 месяцев с даты проведения исследования.

Случаи проведения полного комплекса мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра (I этап) мобильными медицинскими бригадами (мобильный медицинский комплекс) предъявляются к оплате по тарифам согласно Приложению № 10.

В случаях проведения мобильными медицинскими бригадами (мобильный медицинский комплекс) в рамках II этапа профилактического медицинского осмотра дополнительных консультаций, исследований, назначенных при подозрении на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз который не может быть установлен при проведении I этапа, к тарифам посещений с профилактической целью (Приложение № 7) применяется повышающий коэффициент 1,2.

Общая продолжительность I этапа профилактического осмотра должна составлять не более 20 рабочих дней, а при назначении дополнительных консультаций, исследований и/или необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций общая продолжительность профилактического осмотра должна составлять не более 45 рабочих дней (I и II этапы).

Профилактический осмотр несовершеннолетних проводится медицинскими организациями для детей в возрасте:

- от 0 до 2 лет – в год и/или месяц достижения несовершеннолетними возраста, установленного в соответствии с порядками проведения осмотров в определенные возрастные периоды;

- с 2 лет (включительно) – в год достижения несовершеннолетними возраста, установленного в соответствии с порядками проведения осмотров в определенные возрастные периоды.

* + 1. **Медицинское освидетельствование граждан, намеревающихся усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство)**, в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Тариф законченного случая формируется исходя из фактически выполненных осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий согласно Приложению № 12.

Случай медицинского освидетельствования считается законченным при условии проведения осмотров врачом-психиатром-наркологом, врачом-психиатром, врачом-фтизиатром. При этом в структуру тарифа за счет средств обязательного медицинского страхования расходы на проведение данных осмотров не включаются. Данный вид расходов оплачивается за счет средств областного бюджета в рамках государственного задания.

При наличии у гражданина медицинских документов, их копий или выписок из медицинских документов, содержащих результаты ранее проведенных (в том числе в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения, профилактического медицинского осмотра, а также при оказании медицинской помощи в стационарных условиях) осмотров (консультаций) врачами-специалистами, лабораторных и рентгенографических исследований, входящих в объем медицинского освидетельствования, давность которых не превышает 3 месяцев с даты их проведения, решение о необходимости повторного осмотра или исследования в рамках медицинского освидетельствования принимается врачом-терапевтом (фельдшером) с учетом всех имеющихся результатов обследования и состояния здоровья гражданина.

Давность результатов ранее проведенных исследований в целях выявления туберкулеза не должна превышать сроков проведения профилактических медицинских осмотров населения в целях выявления туберкулеза, установленных порядком и сроками проведения профилактических медицинских осмотров населения в целях выявления туберкулеза, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения. При этом в структуру тарифа за счет средств обязательного медицинского страхования расходы на проведение исследований в целях выявления туберкулеза не включаются. Данный вид расходов оплачивается за счет средств областного бюджета в рамках государственного задания.

При предъявлении к оплате законченного случая медицинского освидетельствования, проведенного мобильной медицинской бригадой (мобильный медицинский комплекс), к тарифу комплексного посещения, сформированного по правилам установленным настоящим пунктом, применяется повышающий коэффициент 1,2.

* + 1. **Медицинская реабилитация** (третий этап) в рамках первичной медико-санитарной помощи, в том числе реабилитация пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), предъявляется к оплате по тарифу комплексного посещения (Приложение № 7).

Законченный случай (комплексное посещение) медицинской реабилитации формируется в среднем из 10-12 посещений и включает набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации.

* 1. По тарифу **за посещение при оказании неотложной медицинской помощи** (Приложение № 7) оплачивается медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни пациента и не требующих экстренной или скорой медицинской помощи в отделении (кабинете) неотложной медицинской помощи (или на дому при вызове медицинского работника) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными департаментом здравоохранения Костромской области, а также в приемном покое стационара в случае, не закончившемся госпитализацией.
  2. По тарифу **за обращение по поводу заболевания** (Приложение № 7). Обращение по поводу заболевания – оказание первичной доврачебной, врачебной медико-санитарной, а также первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, при количестве посещений не менее двух по поводу одного заболевания, с завершенным результатом лечения, не требующего дальнейшего обращения по тому же поводу.

1.7.1. В обращение по поводу заболевания включаются посещения врачей-специалистов, выполняющих инструментально-диагностические, консультативные, реабилитационные или лечебные услуги в пределах группы заболеваний по МКБ-10 соответствующего класса заболеваний.

Случаи консультативных приемов в одной медицинской организации по поводу выявленного при первичном приеме заболевания с целью уточнения диагноза или определения тактики лечения включаются в стоимость законченного случая лечения независимо от количества посещений и отдельно к оплате не предъявляются.

При направлении больного на консультацию и/или диагностику в другие медицинские организации, обращение по поводу заболевания не является законченным, закрывается и предъявляется к оплате после достижения вышеуказанного результата с учетом осмотров врачами-специалистами и проведенных исследований, выполненных в других медицинских организациях.

1.7.2. При формировании реестра, код врачебной специальности и тариф законченного случая соответствует специальности врача, закрывшего Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, при этом специальность врача должна соответствовать профилю основного заболевания. Код заболевания по МКБ-10 устанавливается по основному (уточненному) заболеванию.

При выявлении сопутствующего заболевания, требующего обследования и лечения, отнесенного к иному классу заболеваний по МКБ-10, формируется новый случай по общим правилам с оформлением нового Талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, независимо от периода лечения по первоначальному заболеванию.

* 1. Оплате не подлежат посещения, в том числе при оказании неотложной медицинской помощи, и обращения при совпадении периодов лечения и кодов заболеваний в рамках одного класса заболеваний по МКБ-10, оказанные в одной медицинской организации.

1.9. По видам и условиям оказания медицинской помощи, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования за счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение медицинской помощи в случае выявления заболевания, включенного в базовую программу, в рамках проведения обязательных диагностических исследований при постановке граждан на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении с Министерством обороны Российской Федерации договора об обучении в военном учебном центре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки или в военной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки сержантов, старшин запаса, либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной или приравненной к ней службе.

Финансовое обеспечение медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной службе осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и не включено в средние нормативы, установленные Программой.

* 1. При оказании **стоматологической медицинской помощи** случаи обращения пациентов в медицинскую организацию в целях профилактики, диагностики и/или лечения заболеваний полости рта, слюнных желез и челюстей, имеющих самостоятельное законченное значение, предъявляются к оплате по тарифам за посещение и обращение, установленным Приложением № 7.

Отнесение случаев оказания стоматологической медицинской помощи к единицам объема осуществляется в следующем порядке:

1) к посещениям с профилактическими и иными целями по профилю «Стоматология» следует относить только случаи обращения в медицинскую организацию, по результатам которых установлен диагноз по МКБ-10 Z01.2, при оказании медицинской помощи за один календарный день за исключением проведения профилактических мероприятий для несовершеннолетних в определенные возрастные категории;

2) к разовым посещениям по заболеванию по профилю «Стоматология» относятся случаи обращения в медицинскую организацию, по результатам которых установлен диагноз, отличный от Z01.2 при оказании медицинской помощи за один календарный день с завершенным результатом лечения, не требующего дальнейшего обращения по тому же поводу;

3) к обращениям по заболеванию по профилю «Стоматология» относятся случаи обращения в медицинскую организацию, по результатам которых установлен диагноз, отличный от Z01.2 при количестве посещений не менее двух по поводу одного заболевания завершенным результатом лечения, не требующего дальнейшего обращения по тому же поводу.

К законченным случаям лечения заболевания при оказании стоматологической помощи (за исключением ортодонтического лечения, при котором случай обращения в медицинскую организацию формируется за календарный месяц) относится предоставление стоматологической помощи по заболеваниям полости рта, зубов с первичного посещения до достижения клинического результата (выздоровление, достижение ремиссии, восстановление коронки зуба и т.д.), при отсутствии клинических показаний для повторного обращения в течение 3-х месяцев со дня завершения лечения. Один законченный случай лечения заболевания по профилю «Стоматология» формируется в зависимости от повода при оказании медицинской помощи в отношении: зуба (1 зуб = 1 разовое посещение по заболеванию или 1 обращение по заболеванию), диапазона зубов (в реестре указывается диапазон зубов) или заболевания слизистой оболочки (в реестре номера зубов не указываются);

4) к прерванным случаям лечения заболевания при оказании стоматологической помощи относится предоставление стоматологической помощи по заболеванию с недостигнутым результатом лечения (в случае неявки пациента для продолжения лечения или направления пациента в другую медицинскую организацию).

Случаи оказания стоматологической помощи включают 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, согласно Приложению № 20.

Реестр счета за оказанную стоматологическую помощь формируется с учетом следующих особенностей:

1) дата начала случая должна соответствовать дате медицинской услуги - первичный прием врача-специалиста (зубного врача);

2) не допускается предъявление к оплате за один календарный день на одного пациента нескольких первичных и/или нескольких повторных приемов (осмотров, консультаций) медицинских работников одной специальности независимо от количества вылеченных/удаленных зубов (обращений по заболеванию);

3) не допускается включение в один случай оказания стоматологической помощи медицинских услуг, выполненных с профилактической целью (при установленном диагнозе по завершении случая Z01.2), и медицинских услуг, оказываемых в связи с заболеванием;

4) дата профилактического посещения, не может совпадать и/или пересекаться с периодами оказания стоматологической помощи по заболеванию, с датами посещений в неотложной форме и с периодами законченных случаев проведения профилактических мероприятий для несовершеннолетних в определенные возрастные категории и посещений Центров здоровья (взрослые и дети) в соответствии с порядками, установленными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Оплата сочетанной анестезии, тотальной внутривенной анестезии, эндотрахеального наркоза при лечении стоматологических заболеваний:

– детям с органическим поражением центральной нервной системы и психическими заболеваниями (задержка умственного развития, болезнь Дауна, аутизм и др.);

– детям при непереносимости местных анестетиков;

– детям, испытывающим сильный страх перед стоматологическим вмешательством;

– детям с множественным кариесом (3 и более зуба подлежащих лечению);

– при острых гнойных воспалительных процессах;

– взрослым с органическими поражениями центральной нервной системы и психическими заболеваниями (задержка умственного развития, болезнь Дауна, аутизм и др.);

– взрослым при непереносимости местных анестетиков

производится по тарифу обращения с применением повышающего коэффициента 8,1 в соответствии с Приложением № 7 к Тарифному соглашению, при условии занесения в реестр счета кода услуги: В01.003.004.011 «Сочетанная анестезия» или В01.003.004.009 «Тотальная внутривенная анестезия» или В01.003.004.010 «Комбинированный эндотрахеальный наркоз».

При применении сочетанной анестезии, тотальной внутривенной анестезии, эндотрахеального наркоза при лечении двух и более зубов одному пациенту в один день, к оплате предъявляется один законченный случай лечения (обращение) по тарифу за «Обращение по заболеванию с учетом доплаты за применение сочетанной анестезии, тотальной внутривенной анестезии или эндотрахеального наркоза», остальные законченные случаи лечения (обращения) в этот день этому пациенту предъявляются по тарифу за «Обращение по заболеванию».

Оплата более одного законченного случая лечения (обращение) при применении сочетанной анестезии, тотальной внутривенной анестезии, эндотрахеального наркоза в один день одному пациенту не допускается.

1.11. Медицинские услуги, оказываемые женщинам во время беременности в амбулаторных условиях с целью профилактики и диагностики при динамическом наблюдении в соответствии с установленным порядком, подлежат оплате по тарифам комплексного обследования согласно Приложению № 5 дополнительно к тарифу посещения по профилю «акушерство и гинекология» (Приложение № 7), исходя из цели амбулаторного посещения:

- комплексное обследование при постановке беременной женщины на учет независимо от срока беременности;

- комплексное обследование при проведении обследования во II триместре беременности;

- комплексное обследование при проведении обследования в III триместре беременности.

Для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, расходы на проведение обследования женщин в период беременности включаются в подушевой норматив финансирования и отдельно к оплате не предъявляются.

При формировании реестров счетов по случаям проведения обследования:

- указывается диагноз, по которому женщина направлена на проведение обследования: Z32.1, Z33, Z34.0, Z34.8, Z35.0, Z35.1, Z35.2, Z35.3, Z35.4, Z35.5, Z35.6, Z35.7, Z35.8, Z35.9;

- для тарифа посещения по профилю «акушерство и гинекология» указывается код медицинской услуги B01.001.004 «Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога беременной первичный» при постановке беременной женщины на учет или B01.001.005 «Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога беременной повторный» при комплексном обследовании во II и III триместре беременности;

- для тарифа комплексного обследования указываются код медицинской услуги В04.001.001 «Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога» и цель амбулаторного посещения.

1.12. Оплата медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях при обследовании пациентов для оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ), производится по тарифу обращения по поводу заболевания с применением повышающего коэффициента в соответствии (Приложение № 7), исходя из цели обращения:

| Цель обращения | Профиль медицинской помощи | Повышающий коэффициент к тарифу обращения |
| --- | --- | --- |
| Обследование по выявлению причин женского бесплодия | акушерство и гинекология | 2,2499 |
| Обследование женщин при подготовке к программе ВРТ | акушерство и гинекология | 2,85387 |
| Обследование мужчин при подготовке к программе ВРТ | урология | 2,2597 |

При этом обязательным условием применения повышающего коэффициента является выполнение в ходе обследования 100% от объема медицинских услуг, предусмотренных перечнем в соответствии с целью обращения (таблицы 1, 2, 3), и занесением кодов номенклатуры данных услуг в реестр счета.

**Таблица 1. Перечень медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях в целях обследования при выявлении причин женского бесплодия**

| № п/п | Код медицинской услуги | Наименование медицинской услуги |
| --- | --- | --- |
| 1 | A09.05.153 | Исследование уровня прогестерона в крови |
| 2 | A09.05.225 | Исследование уровня антимюллерова гормона в крови |
| 3 | A09.05.132 | Исследование уровня фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови |
| 4 | A09.05.087 | Исследование уровня пролактина в крови |
| 5 | A09.05.131 | Исследование уровня лютеинизирующего гормона в сыворотке крови |
| 6 | A09.05.154 | Исследование уровня общего эстрадиола в крови |
| 7 | A09.05.078 | Исследование уровня общего тестостерона в крови |
| 8 | A09.05.065 | Исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови |
| 9 | A12.06.045 | Определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови |
| 10 | A12.20.001 | Микроскопическое исследование влагалищных мазков |

**Таблица 2. Перечень медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях в целях обследования при подготовке женщин к программе ВРТ**

| № п/п | Код медицинской услуги | Наименование медицинской услуги |
| --- | --- | --- |
| 1 | A26.20.010 | Молекулярно-биологическое исследование отделяемого из цервикального канала на вирус простого герпеса 1 и 2 типов (Herpes simplex virus types 1, 2) |
| 2 | A26.20.011 | Молекулярно-биологическое исследование отделяемого из цервикального канала на цитомегаловирус (Cytomegalovirus) |
| 3 | А26.06.040 | Определение антител к поверхностному антигену (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови |
| 4 | А26.06.041.002 | Определение суммарных антител классов M,G (anti-HCVIG и anti-HCVIM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови |
| 5 | А26.06.082.001 | Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в нетрепонемных тестах (RPR, PMП) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови |
| 6 | В03.016.003 | Общий (клинический) анализ крови развернутый |
| 7 | В03.016.004 | Анализ крови биохимический общетерапевтический |
| 8 | В03.005.006 | Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) |
| 9 | В03.016.006 | Общий (клинический) анализ мочи |
| 10 | А26.06.071.001 | Определение антител класса G (IgG) к вирусу краснухи (Rubeola virus) в крови |
| 11 | А26.06.071.002 | Определение антител классов M(IgG) к вирусу краснухи (Rubeola virus) в крови |
| 12 | А12.05.005 | Определение основных групп крови (А,В,0) |
| 13 | А12.05.006 | Определение антигена D системы Резус (резус-фактор) |
| 14 | А12.20.001 | Микроскопическое исследование влагалищных мазков |
| 15 | А08.20.017 | Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки |
| 16 | А08.20.017.001 | Цитологическое исследование микропрепарата цервикального канала |
| 17 | A09.05.132 | Исследование уровня фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови |
| 18 | A09.05.225 | Исследование уровня антимюллерова гормона в крови |

**Таблица 3. Перечень медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях в целях обследования при подготовке мужчин к программе ВРТ**

| № п/п | Код медицинской услуги | Наименование медицинской услуги |
| --- | --- | --- |
| 1 | А26.06.040 | Определение антител к поверхностному антигену (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови |
| 2 | А26.06.041.002 | Определение суммарных антител классов M,G (anti-HCVIG и anti-HCVIM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови |
| 3 | А26.06.082.001 | Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в нетрепонемных тестах (RPR, PMП) ( качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови |

Случаи обследования, сформированные с учетом исследований, выполненных ранее вне рамок проведения обследования, подлежат оплате по тарифу обращения по профилям «акушерство и гинекология» или «урология» без применения повышающих коэффициентов.

Для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, расходы на проведение обследования пациентов при оказании медицинской помощи с использованием ВРТ включаются в подушевой норматив финансирования и отдельно к оплате не предъявляются.

1.13. Стоимость медицинской услуги А26.08.038 «Молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки ротоглотки на вирус гриппа (Influenza virus)» входит в подушевой норматив финансирования.

1.14. Консультирование медицинским психологом по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования: пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период.

1.14.1. Стоимость медицинских услуг B01.070.009 «Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный», B01.070.010 «Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторный» входит в подушевой норматив финансирования и/или тариф посещения, обращения.

1.15. Стоимость медицинской услуги A06.20.004 «Маммография» (в том числе с искусственным интеллектом) входит в подушевой норматив финансирования и/или тариф посещения, обращения.

1.16. Стоимость медицинских услуг A26.08.027.001 «Определение РНК коронавируса ТОРС (SARS-cov) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР», A26.08.046.001 «Определение РНК коронавируса ТОРС (SARS-cov) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР» входит в подушевой норматив финансирования и/или тариф посещения, обращения.

1.17. Стоимость медицинских услуг A06.09.006 «Флюорография легких», A06.09.006.001 «Флюорография легких цифровая», A06.09.007 «Рентгенография легких», A06.09.007.001 «Прицельная рентгенография органов грудной клетки», A06.09.007.002 «Рентгенография легких цифровая», A06.09.008 «Томография легких», A06.09.008.001 «Спиральная компьютерная томография легких» (в том числе с искусственным интеллектом) входит в подушевой норматив финансирования и/или тариф посещения, обращения.

1.18. Стоимость медицинской услуги A05.10.004.001 «Расшифровка, описание и интерпретация данных электрокардиографических исследований с применением телемедицинских технологий» входит в подушевой норматив финансирования и/или тариф посещения, обращения.

1.18. Оплата медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях при обследовании пациентов онкологического профиля перед госпитализацией производится по тарифу обращения по поводу заболевания с применением повышающего коэффициента в соответствии (Приложение № 7), исходя из цели обращения:

| Цель обращения | Профиль медицинской помощи | Повышающий коэффициент к тарифу обращения |
| --- | --- | --- |
| Обследование перед госпитализацией с целью подтверждения онкологического заболевания | онкология | 2,44814 |
| Обследование первичных пациентов с онкологическими заболеваниями перед госпитализацией по профилю «онкология» | онкология | 3,6222 |

При этом обязательным условием применения повышающего коэффициента является соблюдение порядка оказания медицинской помощи, утвержденного департаментом здравоохранения Костромской области и занесением кодов номенклатуры данных услуг в реестр счета.

**Таблица 1. Перечень медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях перед госпитализацией с целью подтверждения онкологического заболевания**

| № п/п | Код медицинской услуги | Наименование медицинской услуги |
| --- | --- | --- |
| 1 | B03.016.003 | Общий (клинический) анализ крови развернутый |
| 2 | B03.016.004 | Анализ крови биохимический общетерапевтический |
| 3 | B03.016.006 | Общий (клинический) анализ мочи |
| 4 | B03.005.006 | Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) |
| 5 | A09.05.130 | Исследование уровня простатспецифического антигена общего в крови |
| 6 | A05.10.004 | Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных |
| 7 | A05.10.006 | Регистрация электрокардиограммы |
| 8 | А06.09.007 | Рентгенография легких |
| 9 | B01.001.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный |
| 10 | B01.047.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный |
| 11 | A26.06.127 | Определение Core-антигена вируса гепатита С (Hepatitis С virus) в крови |
| 12 | A26.06.036 | Определение антигена к вирусу гепатита В (НbsAg Hepatitis B virus) в крови |
| 13 | A26.06.041 | Определение антител к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови |

**Таблица 2. Перечень медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях при обследовании первичных пациентов с онкологическими заболеваниями перед госпитализацией по профилю «онкология»**

| № п/п | Код медицинской услуги | Наименование медицинской услуги |
| --- | --- | --- |
| 1 | B03.016.003 | Общий (клинический) анализ крови развернутый |
| 2 | B03.016.004 | Анализ крови биохимический общетерапевтический |
| 3 | B03.016.006 | Общий (клинический) анализ мочи |
| 4 | B03.005.006 | Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) |
| 5 | A09.05.201 | Исследование уровня антигена аденогенных раков СА 19-9 в крови |
| 6 | A09.05.202 | Исследование уровня антигена аденогенных раков CA 125 в крови |
| 7 | A09.05.130 | Исследование уровня простатспецифического антигена общего в крови |
| 8 | A05.10.004 | Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных |
| 9 | A05.10.006 | Регистрация электрокардиограммы |
| 10 | A04.10.002 | Эхокардиография |
| 11 | A04.12.018 | Дуплексное сканирование транскраниальное артерий и вен |
| 12 | А04.12.005 | Дуплексное сканирование сосудов (артерий и вен) нижних конечностей |
| 13 | B01.001.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный |
| 14 | B01.047.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный |
| 15 | B01.015.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный |
| 16 | B01.058.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный |
| 17 | B01.023.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный |
| 18 | A26.06.127 | Определение Core-антигена вируса гепатита С (Hepatitis С virus) в крови |
| 19 | A26.06.036 | Определение антигена к вирусу гепатита В (НbsAg Hepatitis B virus) в крови |
| 20 | A26.06.041 | Определение антител к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови |

Случаи обследования, сформированные с учетом исследований, выполненных ранее вне рамок проведения обследования, подлежат оплате по тарифу обращения по профилю «онкология» без применения повышающих коэффициентов.

Для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, расходы на проведение обследования пациентов онкологического профиля перед госпитализацией включаются в подушевой норматив финансирования и отдельно к оплате не предъявляются.

2. При оказании медицинской помощи **в стационарных условиях и в условиях дневного стационара** оплата осуществляется по тарифу за законченный случай лечения заболевания, включенного в клинико-статистическую группу (Приложение № 14 и 15).

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

* Диагноз (код по МКБ-10);
* 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);
* Схема лекарственной терапии;
* МНН лекарственного препарата;
* Возрастная категория пациента;
* Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ-10);
* Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации, индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);
* Длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);
* Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
* Пол;
* Длительность лечения;
* Этап лечения, в том числе этап проведения экстракорпорального оплодотворения, долечивание пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19, посттрансплантационный период после пересадки костного мозга;
* Показания к применению лекарственного препарата;
* Объем послеоперационных грыж брюшной стенки;
* Степень тяжести заболевания;
* Сочетание нескольких классификационных критериев в рамках одного классификационного критерия (например, сочетание оценки состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации с назначением ботулинического токсина).

Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ-10, являющийся основным поводом к госпитализации в соответствии с установленным основным заключительным клиническим диагнозом согласно медицинской карте стационарного больного.

При наличии хирургических операций и/или других применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ заболеваний осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры.

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

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

В ряде случаев, если пациенту оказывалось оперативное лечение, но затратоемкость группы, к которой данный случай был отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре, меньше затратоемкости группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10, оплата может осуществляться по группе, сформированной по диагнозу.

При наличии операции, соответствующей приведенным ниже КСГ, отнесение случая должно осуществляться только на основании кода услуги Номенклатуры. Отнесение данного случая на основании кода диагноза МКБ-10 к терапевтической группе исключается.

**Таблица 4. Перечень КСГ круглосуточного стационара, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги**

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

2.2. Тариф законченного случая лечения в круглосуточном стационаре (Приложение № 14) и дневном стационаре (Приложение № 15) рассчитан с учетом коэффициента относительной затратоемкости КСГ (КЗКСГ), коэффициента специфики (КСКСГ) и коэффициента уровня (подуровня) медицинской организации (КУСМО), без учета коэффициента сложности лечения (КСЛП).

2.3. Итоговая стоимость законченного случая лечения пациента (за исключением КСГ, в составе которых установлены доли заработной платы и прочих расходов) определяется МО самостоятельно с учетом КСЛПпо следующей формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| БС | базовая ставка, рублей; |
|  | коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации; | |
|  | коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен для данной КСГ); | |
|  | коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент; | |
|  | коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного "дорожными картами" развития здравоохранения | |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости - сумма применяемых КСЛП) | |

Значение коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного "дорожными картами" развития здравоохранения, равно 1,00.

2.4. Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам и устанавливается в отдельных случаях согласно Приложению № 17.

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

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных Приложением 1, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

2.5. Коэффициент специфики применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней (подуровней) медицинских организаций.

Значение коэффициента специфики - от 0,8 до 1,4.

К КСГ по профилю «Онкология» и «Детская онкология» при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1,00).

К КСГ, включающим оплату медицинской помощи с применением сложных медицинских технологий, в том числе при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности, а также к КСГ с высокой долей расходов на медикаменты и расходные материалы, применение понижающих коэффициентов специфики не допускается.

**Таблица 5. Перечень КСГ круглосуточного стационара, к которым не применяются понижающие коэффициенты специфики**

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

К КСГ, включающим оплату медицинской помощи при заболеваниях, лечение которых должно преимущественно осуществляться в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара повышающий коэффициент специфики не применяется.

**Таблица 6. Перечень КСГ круглосуточного стационара, к которым не применяются повышающие коэффициенты специфики**

| № КСГ | Наименование КСГ |
| --- | --- |
| st04.001 | Язва желудка и двенадцатиперстной кишки |
| st12.001 | Кишечные инфекции, взрослые |
| st16.003 | Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии |
| st27.001 | Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки |
| st27.003 | Болезни желчного пузыря |
| st27.005 | Гипертоническая болезнь в стадии обострения |
| st27.006 | Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1) |
| st27.010 | Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания |
| st30.004 | Болезни предстательной железы |
| st31.002 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) |
| st31.012 | Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей |
| st31.018 | Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы |

2.6. Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации устанавливается в разрезе трех уровней медицинских организаций, для каждого из которых установлен отдельный коэффициент согласно Приложению № 16.

К отдельным КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне либо имеющие высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающим (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в медицинских организациях различных уровней (например, при аппендэктомии) коэффициент уровня (подуровня) при оплате таких случаев госпитализации/лечения не применяется (принимается равным 1).

**Таблица 7. Перечень КСГ круглосуточного стационара, к которым не применяются коэффициент уровня (подуровня)**

| № КСГ | Наименование КСГ |
| --- | --- |
| Круглосуточный стационар | |
| st01.001 | Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода |
| st02.002 | Беременность, закончившаяся абортивным исходом |
| st02.006 | Послеродовой сепсис |
| st02.012 | Операции на женских половых органах (уровень 3) |
| st03.002 | Ангионевротический отек, анафилактический шок |
| st04.001 | Язва желудка и двенадцатиперстной кишки |
| st09.003 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3) |
| st09.004 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4) |
| st09.008 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4) |
| st09.009 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5) |
| st09.010 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6) |
| st10.003 | Аппендэктомия, дети |
| st10.005 | Операции по поводу грыж, дети (уровень 1) |
| st14.001 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1) |
| st15.005 | Эпилепсия, судороги (уровень 1) |
| st15.008 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1) |
| st15.009 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2) |
| st16.003 | Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии |
| st16.005 | Сотрясение головного мозга |
| st16.010 | Операции на периферической нервной системе (уровень 2) |
| st16.011 | Операции на периферической нервной системе (уровень 3) |
| st20.008 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4) |
| st20.009 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5) |
| st20.010 | Замена речевого процессора |
| st21.004 | Операции на органе зрения (уровень 4) |
| st21.006 | Операции на органе зрения (уровень 6) |
| st21.009 | Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ) |
| st27.001 | Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки |
| st27.003 | Болезни желчного пузыря |
| st27.005 | Гипертоническая болезнь в стадии обострения |
| st27.006 | Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1) |
| st27.010 | Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания |
| st28.004 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3) |
| st28.005 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4) |
| st29.002 | Переломы шейки бедра и костей таза |
| st29.003 | Переломы бедренной кости, другие травмы области бедра и тазобедренного сустава |
| st29.004 | Переломы, вывихи, растяжения области грудной клетки, верхней конечности и стопы |
| st29.005 | Переломы, вывихи, растяжения области колена и голени |
| st29.012 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4) |
| st29.013 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5) |
| st30.004 | Болезни предстательной железы |
| st30.008 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3) |
| st30.009 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4) |
| st30.015 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6) |
| st31.002 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) |
| st31.009 | Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1) |
| st31.010 | Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2) |
| st31.012 | Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей |
| st31.018 | Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы |
| st32.004 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4) |
| st32.010 | Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3) |
| st32.011 | Аппендэктомия, взрослые |
| st32.013 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1) |
| st32.014 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2) |
| st32.015 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3) |
| st36.001 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина |
| st36.007 | Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов |
| st36.009 | Реинфузия аутокрови |
| st36.010 | Баллонная внутриаортальная контрпульсация |
| st36.011 | Экстракорпоральная мембранная оксигенация |
| st36.024 | Радиойодтерапия |
| st36.027 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (инициация или замена) |
| st36.028 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1) |
| st36.029 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2) |
| st36.030 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3) |
| st36.031 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 4) |
| st36.032 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 5) |
| st36.033 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 6) |
| st36.034 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 7) |
| st36.035 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 8) |
| st36.036 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 9) |
| st36.037 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 10) |
| st36.038 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 11) |
| st36.039 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 12) |
| st36.040 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 13) |
| st36.041 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 14) |
| st36.042 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 15) |
| st36.043 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 16) |
| st36.044 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 17) |
| st36.045 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 18) |
| st36.046 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 19) |
| st36.047 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 20) |
| st37.004 | Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (6 баллов по ШРМ) |
| st37.024 | Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы |
| st37.025 | Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы |
| st37.026 | Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы и с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (сестринский уход) |

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

ССКСГ=БС ×КЗКСГ×((1–ДЗП) + ДЗП×КСКСГ×КУСМО×Кзп) + БС×КСЛП

**Таблица 8. Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ**

| № КСГ | Наименование КСГ | Доля |
| --- | --- | --- |
| Круглосуточный стационар | | |
| st02.015 | Операции на женских половых органах (уровень 5) | 38,49% |
| st02.016 | Операции на женских половых органах (уровень 6) | 31,98% |
| st02.017 | Операции на женских половых органах (уровень 7) | 33,61% |
| st02.014 | Слинговые операции при недержании мочи | 30,45% |
| st06.004 | Лечение дерматозов с применением наружной терапии | 97,47% |
| st06.005 | Лечение дерматозов с применением наружной терапии, физиотерапии, плазмафереза | 98,49% |
| st06.006 | Лечение дерматозов с применением наружной и системной терапии | 99,04% |
| st06.007 | Лечение дерматозов с применением наружной терапии и фототерапии | 98,00% |
| st09.011 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 7) | 16,23% |
| st10.008 | Другие операции на органах брюшной полости, дети | 32,42% |
| st12.015 | Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1) | 91,12% |
| st12.016 | Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2) | 61,30% |
| st12.017 | Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3) | 63,24% |
| st12.018 | Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4) | 77,63% |
| st14.004 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 4) | 33,32% |
| st15.012 | Транзиторные ишемические приступы, сосудистые мозговые синдромы | 70,20% |
| st15.014 | Инфаркт мозга (уровень 1) | 88,73% |
| st15.015 | Инфаркт мозга (уровень 2) | 73,42% |
| st15.016 | Инфаркт мозга (уровень 3) | 81,66% |
| st15.021 | Диагностика и лечение сложных неврологических заболеваний | 73,05% |
| st15.022 | Плазмоферез при неврологических заболеваниях | 88,54% |
| st15.023 | Комплексное лечение неврологических заболеваний с применением препаратов высокодозного иммуноглобулина | 5,18% |
| st17.003 | Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций | 81,97% |
| st19.123 | Прочие операции при ЗНО (уровень 1) | 28,13% |
| st19.124 | Прочие операции при ЗНО (уровень 2) | 39,56% |
| st19.082 | Лучевая терапия (уровень 8) | 8,58% |
| st19.084 | Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 2) | 87,08% |
| st19.085 | Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 3) | 88,84% |
| st19.086 | Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 4) | 87,05% |
| st19.087 | Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 5) | 88,49% |
| st19.088 | Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 6) | 46,03% |
| st19.089 | Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 7) | 26,76% |
| st19.094 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1) | 77,89% |
| st19.095 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 2) | 77,89% |
| st19.096 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 3) | 77,89% |
| st19.097 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1) | 37,28% |
| st19.098 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 2) | 56,68% |
| st19.099 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 3) | 65,35% |
| st19.100 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4) | 5,11% |
| st19.101 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5) | 19,39% |
| st19.102 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 6) | 28,58% |
| st19.122 | Посттрансплантационный период после пересадки костного мозга | 62,44% |
| st19.163 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1) | 63,83% |
| st19.164 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2) | 45,04% |
| st19.165 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3) | 43,89% |
| st19.166 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4) | 25,23% |
| st19.167 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5) | 27,28% |
| st19.168 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6) | 10,83% |
| st19.169 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7) | 17,45% |
| st19.170 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8) | 11,99% |
| st19.171 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9) | 7,07% |
| st19.172 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) | 3,99% |
| st19.173 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11) | 3,47% |
| st19.174 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12) | 3,51% |
| st19.175 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13) | 3,43% |
| st19.176 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) | 3,31% |
| st19.177 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15) | 2,07% |
| st19.178 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16) | 2,00% |
| st19.179 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17) | 1,68% |
| st19.180 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 18) | 1,53% |
| st19.181 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 19) | 0,67% |
| st20.010 | Замена речевого процессора | 0,95% |
| st21.009 | Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ) | 14,38% |
| st21.010 | Интравитреальное введение отдельных лекарственных препаратов | 12,53% |
| st25.013 | Баллонная вазодилатация с установкой 1 стента в сосуд (сосуды) | 33,60% |
| st25.014 | Баллонная вазодилатация с установкой 2 стентов в сосуд (сосуды) | 29,66% |
| st25.015 | Баллонная вазодилатация с установкой 3 стентов в сосуд (сосуды) | 25,06% |
| st30.016 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 7) | 20,13% |
| st32.020 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 4) | 34,65% |
| st32.021 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 5) | 38,58% |
| st36.011 | Экстракорпоральная мембранная оксигенация | 27,22% |
| st36.013 | Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1) | 0,00% |
| st36.014 | Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 2) | 0,00% |
| st36.015 | Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 3) | 0,00% |
| st36.024 | Радиойодтерапия | 70,66% |
| st36.025 | Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1) | 5,85% |
| st36.026 | Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2) | 4,58% |
| st36.027 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (инициация или замена) | 34,50% |
| st36.028 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1) | 61,29% |
| st36.029 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2) | 41,72% |
| st36.030 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3) | 29,85% |
| st36.031 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 4) | 27,11% |
| st36.032 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 5) | 22,22% |
| st36.033 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 6) | 18,16% |
| st36.034 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 7) | 15,84% |
| st36.035 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 8) | 14,20% |
| st36.036 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 9) | 13,01% |
| st36.037 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 10) | 11,74% |
| st36.038 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 11) | 10,29% |
| st36.039 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 12) | 8,58% |
| st36.040 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 13) | 6,39% |
| st36.041 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 14) | 5,45% |
| st36.042 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 15) | 5,25% |
| st36.043 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 16) | 4,06% |
| st36.044 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 17) | 4,76% |
| st36.045 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 18) | 1,58% |
| st36.046 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 19) | 0,67% |
| st36.047 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 20) | 0,33% |
| st37.030 | Комплексная медицинская реабилитация после протезирования нижних конечностей с установкой постоянного экзопротеза, в том числе с болевым синдромом | 89,28% |
| st37.031 | Комплексная медицинская реабилитация у пациентов с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы, с нарушением функции нижних мочевыводящих путей | 50,90% |
| Дневной стационар | | |
| ds02.008 | Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1) | 20,05% |
| ds02.009 | Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 2) | 22,27% |
| ds02.010 | Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3) | 21,08% |
| ds02.011 | Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 4) | 20,56% |
| ds06.002 | Лечение дерматозов с применением наружной терапии | 97,44% |
| ds06.003 | Лечение дерматозов с применением наружной терапии, физиотерапии, плазмафереза | 96,30% |
| ds06.004 | Лечение дерматозов с применением наружной и системной терапии | 98,27% |
| ds06.005 | Лечение дерматозов с применением наружной терапии и фототерапии | 98,20% |
| ds12.020 | Вирусный гепатит B хронический без дельта агента, лекарственная терапия | 90,55% |
| ds12.021 | Вирусный гепатит B хронический с дельта агентом, лекарственная терапия | 10,13% |
| ds12.022 | Лечение хронического вирусного гепатита C (уровень 1) | 1,01% |
| ds12.023 | Лечение хронического вирусного гепатита C (уровень 2) | 0,53% |
| ds12.024 | Лечение хронического вирусного гепатита C (уровень 3) | 0,62% |
| ds12.025 | Лечение хронического вирусного гепатита C (уровень 4) | 0,57% |
| ds12.026 | Лечение хронического вирусного гепатита C (уровень 5) | 0,43% |
| ds12.027 | Лечение хронического вирусного гепатита C (уровень 6) | 0,30% |
| ds19.057 | Лучевая терапия (уровень 8) | 3,66% |
| ds19.058 | Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 1) | 78,38% |
| ds19.060 | Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 3) | 82,64% |
| ds19.061 | Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 4) | 31,86% |
| ds19.062 | Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 5) | 16,69% |
| ds19.067 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1) | 56,53% |
| ds19.068 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 2) | 56,53% |
| ds19.069 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 3) | 56,53% |
| ds19.070 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 4) | 56,53% |
| ds19.071 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1) | 3,84% |
| ds19.072 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 2) | 12,08% |
| ds19.073 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 3) | 21,11% |
| ds19.074 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4) | 28,96% |
| ds19.075 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5) | 0,95% |
| ds19.076 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 6) | 3,06% |
| ds19.077 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 7) | 7,44% |
| ds19.078 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 8) | 11,40% |
| ds19.135 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1) | 33,18% |
| ds19.136 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2) | 19,04% |
| ds19.137 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3) | 10,56% |
| ds19.138 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4) | 35,45% |
| ds19.139 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5) | 6,31% |
| ds19.140 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6) | 20,51% |
| ds19.141 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7) | 19,61% |
| ds19.142 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8) | 21,09% |
| ds19.143 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9) | 24,20% |
| ds19.144 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) | 27,46% |
| ds19.145 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11) | 6,43% |
| ds19.146 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12) | 1,79% |
| ds19.147 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13) | 14,25% |
| ds19.148 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) | 13,98% |
| ds19.149 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15) | 6,80% |
| ds19.150 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16) | 4,54% |
| ds19.151 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17) | 8,11% |
| ds19.152 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 18) | 5,69% |
| ds19.153 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 19) | 8,86% |
| ds19.154 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 20) | 7,42% |
| ds19.155 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 21) | 8,13% |
| ds19.156 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 22) | 0,30% |
| ds20.006 | Замена речевого процессора | 0,28% |
| ds21.007 | Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ) | 10,32% |
| ds21.008 | Интравитреальное введение отдельных лекарственных препаратов | 7,24% |
| ds36.012 | Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1) | 1,09% |
| ds36.013 | Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2) | 0,51% |
| ds36.014 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (инициация или замена) | 17,94% |
| ds36.015 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1) | 4,88% |
| ds36.016 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2) | 2,61% |
| ds36.017 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3) | 2,23% |
| ds36.018 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 4) | 2,02% |
| ds36.019 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 5) | 1,32% |
| ds36.020 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 6) | 1,21% |
| ds36.021 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 7) | 4,23% |
| ds36.022 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 8) | 0,96% |
| ds36.023 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 9) | 6,13% |
| ds36.024 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 10) | 5,69% |
| ds36.025 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 11) | 0,59% |
| ds36.026 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 12) | 0,81% |
| ds36.027 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 13) | 8,24% |
| ds36.028 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 14) | 0,41% |
| ds36.029 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 15) | 2,83% |
| ds36.030 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 16) | 0,26% |
| ds36.031 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 17) | 3,75% |
| ds36.032 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 18) | 0,08% |
| ds36.033 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 19) | 0,04% |
| ds36.034 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 20) | 0,02% |

2.8. Медицинская помощь, предусмотренная разделом I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащим в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень), утвержденного Программой, оплачивается в соответствии с Приложением № 18 при наличии лицензии на организацию и выполнение работ (услуг) при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях.

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

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

2.8.2. Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется на основании сведений в подсистеме ведения специализированных регистров пациентов по отдельным нозологиям и категориям граждан, мониторинга организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи и санаторно-курортного лечения единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее – Информационная система) при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе в рамках Перечня.

Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по тарифам за единицу объема предоставления медицинской помощи, установленным в соответствии с Приложением № 18 после проведения проверки соответствия сведений, включенных в реестр счетов, данным по предъявленному к оплате случаю оказания высокотехнологичной медицинской помощи, внесенным в Информационную систему. Порядок проведения проверки соответствия указанных сведений устанавливается департаментом здравоохранения Костромской области совместно с территориальным фондом обязательного медицинского страхования Костромской области.

В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, а также при несоответствии сведений, включенных в реестр счетов данным Информационной системы, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и/или других применяемых медицинских технологий.

**2.9. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи производится в случаях:**

2.9.1. Прерывания лечения по медицинским показаниям;

2.9.2. Прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;

2.9.3. Изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара ~~и наоборот~~);

2.9.4. Перевода пациента в другую медицинскую организацию;

2.9.5. Прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;

2.9.6. Лечения, закончившиеся летальным исходом;

2.9.7. Оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;

2.9.8. Законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в пунктах 2.9.1 – 2.9.7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленным в Приложении № 21;

2.9.9. медицинской реабилитации по КСГ с длительностью лечения менее количества дней, утвержденных Программой.

2.9.10. В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ-10, что и диагноз основного заболевания, и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации/лечения по 2 КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию, изложенному в пункте 2.9.2 не производится.

2.9.11. При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по 2 КСГ по основаниям, изложенным в пунктах 2.11.2 – 2.11.9, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в пунктах 2.9.2 – 2.9.4.

2.9.12. Приложением № 21 определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по КСГ, перечисленным в Приложении № 21, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных   
с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

2.9.13. Размеры оплаты случаев оказания медицинской помощи (с учетом суммы КСЛП), являющихся прерванными, составляют:

а) при выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии по КСГ, указанным в Приложении № 22:

- при длительности лечения 3 дня и менее (≤3 дня) – 80% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней (≥4 дня) – 85% от стоимости КСГ;

б) при невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии в случаях, не относящимся к КСГ, указанным в Приложении № 22:

- при длительности лечения 3 дня и менее (≤3 дня) – 20% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней (≥4 дня) – 50% от стоимости КСГ.

2.9.14. Данный порядок не распространяется на:

1. оплату прерванных случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи, подлежащих оплате в 100% размере от стоимости, определенной для соответствующей группы ВМП, независимо от длительности лечения;
2. оплату прерванных случаев оказания медицинской помощи, относящихся к КСГ № st12.002 «Кишечные инфекции, дети», подлежащих оплате в размере 50% от стоимости, определенной для данной КСГ, независимо от длительности лечения;

3) оплату прерванных случаев оказания медицинской помощи, относящихся к КСГ st17.003 «Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций», st17.005 «Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 1)», st17.006 «Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 2)», st17.007 «Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 3)», подлежащих оплате;

- при длительности лечения 3 дня и менее (≤3 дня) в размере 30 % от стоимости, определенной для данной КСГ;

- при длительности лечения более 3 дней (≥4 дня) в размере 60 % от стоимости, определенной для данной КСГ.

2.9.15. Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в пунктах 2.9.7. и 2.9.9., оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

**2.10. Определение полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше производится:**

2.10.1. Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, включенной в КСГ, для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в пунктах 2.9.1 – 2.9.6.

2.10.2. Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.9.) в следующих случаях:

1) При проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, входящей в КСГ;

2) При снижении дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в наименовании и описании схемы при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии):

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

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

2.10.3. Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

Все остальные случаи (в том числе случаи проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) являются прерванными и оплачиваются в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения, установленных пунктом 2.9.

2.10.4. Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

**2.11. Оплата медицинской помощи, оказываемой пациентам одновременно по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях:**

2.11.1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую; оба случая лечения заболевания подлежат оплате в установленном порядке по соответствующим тарифам КСГ, действующим на дату завершения каждого случая, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным пунктом 2.9 основаниям. В отделениях каждого профиля/структурного подразделения оформляется медицинская карта стационарного больного (форма 003/у), для дневного стационара – форма 003/у или форма 003-2/у-88. Периоды оказания помощи в отделениях (медицинских организациях) не могут совпадать и пересекаться за исключением дня выписки и дня поступления.

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

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

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

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

2.11.6. Дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением в соответствии с порядком, установленным в пункте 2.12;

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

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

2.11.9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

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

**2.12. При переводе с коек (отделений) «патологии беременности» на койки (отделение) «для беременных и рожениц»:**

1) при пребывании пациентки на койке (в отделении) патологии беременности в течение 6 дней и более (≥ 6 дней) оформляется история родов (форма 096/у), но оплата производится по двум КСГ № st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и КСГ № st02.003 «Родоразрешение» или КСГ № st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и № st02.004 «Кесарево сечение»;

2) при пребывании пациентки на койке (в отделении) патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

O14.1 Тяжелая преэклампсия;

O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;

O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;

O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией

оплата производится по двум КСГ № st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и КСГ № st02.003 «Родоразрешение» или КСГ № st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и № st02.004 «Кесарево сечение».

При этом если один из случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется на общих основаниях, установленных пунктом 2.9 настоящего Приложения.

2.13. Случаи пребывания здорового новорожденного в медицинской организации в период восстановления здоровья матери после родов не подлежат оплате по КСГ по профилю «Неонатология» дополнительно к оплате случаев родоразрешения по соответствующей КСГ акушерско-гинекологического профиля.

2.14 Оплата случаев лекарственной терапии по поводу хронического вирусного гепатита С осуществляется в соответствии со схемами лекарственной терапии. С учетом установленной длительности одной госпитализации 28 дней сформированы 18 схем лекарственной терапии хронического вирусного гепатита С, включающих три схемы лекарственной терапии у детей от 3 до 12 лет.

Отнесение к КСГ случаев лекарственной терапии хронического вирусного гепатита С осуществляется только по сочетанию кода диагноза по МКБ-10 и иного классификационного критерия «thc», отражающего применение определенной схемы лекарственной терапии для проведения противовирусной терапии, каждой из сформированных схем присвоен код «thc» от 01 до 18.

2.15. Оплата случаев экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в условиях дневного стационара осуществляется:

- по КСГ № ds02.008 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)» в случае, если женщина повторно проходит процедуру ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов.

- по КСГ № ds02.009 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 2)», если базовая программа ЭКО была завершена по итогам I этапа (стимуляция суперовуляции), I-II этапов (получение яйцеклетки), I-III этапов (экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов;

- по КСГ № ds02.010 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)» в случае проведения первых трех этапов ЭКО c последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов, а также проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов;

- по КСГ № ds02.011 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 4)» в случае проведения в рамках одного случая всех этапов ЭКО c последующей криоконсервацией эмбрионов;

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

2.16. Стоимость диагностических и (или) консультативных услуг, оказываемых в рамках стандарта по основному заболеванию (установленному основному клиническому диагнозу), являющемуся поводом для госпитализации в круглосуточный или дневной стационар, учтена в стоимости законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ.

При невозможности предоставления медицинской помощи в соответствии со стандартами медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), включая проведение лабораторных исследований на базе централизованной лаборатории, при оказании застрахованному лицу медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационаров, медицинская организация организует оказание необходимой медицинской помощи (диагностических и (или) консультативных услуг) по гражданско-правовым договорам, заключенным с организациями любой организационно-правовой формы, имеющими право (лицензию) на предоставление соответствующей медицинской помощи (медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований). В данном случае отдельные диагностические и консультативные услуги, оказанные пациенту, находящемуся на лечении в условиях круглосуточного или дневного стационаров, в страховые медицинские организации к оплате не предъявляются (за исключением порядка оплаты услуг диализа, установленного пунктом 4 настоящего Приложения).

2.17. Медицинская помощь, оказанная в условиях круглосуточного стационара, пациентам с диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 подлежит оплате:

1) по тарифу КСГ № st12.015 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1)» – легкое течение в соответствии с классификацией COVID-19 по степени тяжести (Временные методические рекомендации "Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)", утвержденные Минздравом России);

2) по тарифу КСГ № st12.016 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2)» – среднетяжелое течение в соответствии с классификацией COVID-19 по степени тяжести (Временные методические рекомендации "Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)", утвержденные Минздравом России);

3) по тарифу КСГ № st12.017 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3)» – тяжелое течение в соответствии с классификацией COVID-19 по степени тяжести (Временные методические рекомендации "Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)", утвержденные Минздравом России);

4) по тарифу КСГ № st12.018 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4) – крайне тяжелое течение в соответствии с классификацией COVID-19 по степени тяжести (Временные методические рекомендации "Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)", утвержденные Минздравом России);

5) по тарифу КСГ № st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)» – долечивание пациента с коронавирусной инфекцией COVID-19.

2.17.1. Формирование групп осуществляется по коду МКБ-10 (U07.1 или U07.2) в сочетании с кодами иного классификационного критерия: «stt1»–«stt4», отражающих тяжесть течения заболевания, или «stt5», отражающим признак долечивания пациента с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

2.17.2. Оплата госпитализаций в случае перевода на долечивание:

- в пределах одной медицинской организации – оплата производится в рамках одного случая оказания медицинской помощи (по КСГ с наибольшей стоимостью законченного случая лечения заболевания);

- в другую медицинскую организацию – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата законченного случая лечения после перевода осуществляется по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)». Оплата прерванных случаев после перевода осуществляется в общем порядке;

- в амбулаторных условиях – оплата случая лечения до выписки осуществляется за прерванный случай (при наличии) или законченный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в общем порядке, определенным Тарифным соглашением.

2.17.3. КСГ № st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)» не подлежит оплате медицинская помощь, оказанная в условиях круглосуточного стационара пациентам с диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19, если медицинской организацией, направившей пациента на долечивание, не предъявлен к оплате в страховые медицинские организации/ТФОМС Костромской области случай госпитализации пациента по КСГ № st12.016 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2)», или КСГ № st12.017 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3)», или КСГ № st12.018 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4)» при совпадении даты перевода с датой поступления на долечивание.

2.18. Проведение патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу, в указанных медицинских организациях осуществляется за счет средств ОМС. При этом возмещение расходов медицинской организации, имеющей в своей структуре патолого-анатомическое отделение, на проведение патолого-анатомических вскрытий осуществляются в рамках оплаты прерванного случая госпитализации по соответствующей клинико-статистической группе заболеваний/состояний.

3. Оплата медицинской помощи, оказанной по профилю «медицинская реабилитация» осуществляется по КСГ №№ st37.001 – st37.031 в условиях круглосуточного стационара и по КСГ №№ ds37.001 – ds37.019 в условиях дневного стационара.

Для КСГ №№ st37.001 – st37.013, st37.021 – st37.023 в стационарных условиях и по КСГ №№ ds37.001–ds37.008, ds37.015–ds37.016 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и маршрутизацией взрослых, установленной департаментом здравоохранения Костромской области.

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

4. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа

4.1. оплата осуществляется:

4.1.1. В амбулаторных условиях:

- за законченный случай лечения с длительностью не более месяца (одно обращение по поводу заболевания), стоимость которого формируется из стоимости обращения к врачу-нефрологу (Приложения № 7) и стоимости фактически выполненных услуг диализа (две и более) по тарифам согласно Приложению № 5;

- как разовое посещение по поводу заболевания при оказании одной услуги диализа в течение календарного месяца, стоимость которого формируется из стоимости посещения врача-нефролога (Приложения № 7) и стоимости услуги по тарифу согласно Приложению № 5.

4.1.2. В условиях дневного стационара:

- за услугу диализа;

- за услугу диализа в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание;

- за услугу диализа в сочетании со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

4.1.3. В условиях круглосуточного стационара:

- за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, дополнительно к тарифу КСГ.

- за услугу диализа только в сочетании со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

4.2. Учитывая особенности оказания, пожизненный характер проводимого лечения и, соответственно, оплаты медицинской помощи при проведении услуг диализа, включающего различные методы, в случаях госпитализации пациента, получающего диализ, в стационарные отделения медицинских организаций, не имеющих в своей структуре отделения диализа, и невозможности проведения заместительной почечной терапии методом диализа в медицинской организации, в которую госпитализирован пациент, услуги диализа осуществляются в амбулаторных условиях в других медицинских организациях и предъявляются к оплате в соответствии с пунктом 4.1.1 порядка оплаты.

При этом медицинская организация, оказавшая пациенту специализированную медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, предъявляет к оплате данный случай лечения по тарифу КСГ основного заболевания с указанием сопутствующего диагноза хронической почечной недостаточности.

4.3. Случай лечения с оказанием услуг диализа в амбулаторно-поликлинических условиях, предъявленный одной медицинской организацией подлежит оплате без учета пересечения сроков лечения, предъявленным другой медицинской организацией по тарифам КСГ для круглосуточного стационара.

5. Оплата по КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией» осуществляется с учетом двух классификационных критериев – основного диагноза пациента и сопутствующего диагноза пациента (R54 Старческая астения). Обязательным условием для оплаты медицинской помощи по данной КСГ является лечение на геронтологической профильной койке.

6. В случае применения лекарственных препаратов, не относящихся к определенному в Методических рекомендациях перечню МНН лекарственных препаратов применяемых в сочетании с лучевой терапией, оплата случая осуществляется по соответствующей КСГ для случаев проведения лучевой терапии.

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

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

9. Случаи проведения поддерживающей терапии и симптоматического лечения пациента со злокачественным новообразованием (при этом больному не оказывалось услуг, являющихся классификационным критерием (химиотерапии, лучевой терапии, хирургической операции)) подлежат оплате по КСГ № st36.012 и КСГ № ds36.006 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения».

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

10. Оплата случаев госпитализаций в отделения/медицинские организации неонкологического профиля, когда в ходе обследования выявлено злокачественное новообразование с последующим переводом (выпиской) больного для лечения в профильной организации, так и для оплаты случаев госпитализации в отделения онкологического профиля с диагностической целью, включая также необходимость проведения биопсии, производится по КСГ № st27.014 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования».

11. Выполнение косметических процедур за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется. В связи с этим оплата по КСГ услуги A16.26.046.001 «Эксимерлазерная фототерапевтическая кератэктомия» осуществляется только при лечении эрозии, язвы роговицы, кератита, помутнения роговицы, возникшего вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности компенсации вызванной ими иррегулярности роговицы с помощью очковой или контактной коррекции, услуг A16.26.046.002 «Эксимерлазерная фоторефракционная кератэктомия» и A16.26.047 «Кератомилез» - при коррекции астигматизма или иррегулярности роговицы, возникших вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности их компенсации с помощью очковой или контактной коррекции. Аналогичные принципы применяются для медицинской услуги A16.26.046 «Кератэктомия».

Кодирование медицинского вмешательства по коду услуги A16.26.093 «Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация» возможно только при наличии противопоказаний к имплантации интраокулярной линзы, отраженных в первичной медицинской документации.

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

12. При оказании **скорой медицинской помощи** оплата осуществляется:

12.1. По тарифу за вызов (вызов врачебной бригады, вызов фельдшерской бригады):

12.1.1. При проведении тромболитической терапии при диагнозах: I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.0, I22.1, I22.8, I22.9 с подъемом сегмента ST (Приложение № 13).

12.1.2. При оказании скорой медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Костромской области (Приложение № 13) в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

12.2. По подушевому нормативу финансирования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования при оказании скорой медицинской помощи лицам, застрахованным на территории Костромской области.

Подушевое финансирование утверждается решением Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования исходя из численности обслуживаемого населения и фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, рассчитанного на основе базового подушевого норматива финансирования и коэффициентов дифференциации (Приложение № 4).

12.3. При формировании реестров счетов за оказанную медицинскую помощь указывается диагноз по МКБ-10 в соответствии с картой вызова скорой медицинской помощи (п. 23 Карты, код по МКБ-10).

13. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в соответствии с Приложением № 5 (Таблица 1) производится оплата **по тарифам за медицинскую услугу**:

13.1. Кардиотокография плода.

13.2. Оптическая спектральная когерентная томография глаза.

13.3. Программация (тестирование) имплантированных кардиостимуляторов.

13.4. Диагностическое обследование больных хроническими гепатитами В и С, носителей вирусного гепатита В и С.

13.5. Позитронно-эмисионная томография, совмещенная с компьютерной томографией.

13.6. Молекулярно-генетическое исследование.

13.7. Ультразвуковое исследование плода.

13.8. Ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы.

13.9. Эндоскопическое исследование.

13.10. Патолого-анатомические исследования.

13.11. Магнитно-резонансная томография с контрастным усилением, магнитно-резонансная томография без использования контрастных веществ, компьютерная томография с контрастным усилением, компьютерная томография без использования контрастных веществ.

13.11.1. В тариф проведения магнитно-резонансной томографии, в том числе с контрастным усилением, компьютерной томографии, в том числе с контрастным усилением, входит описание и интерпретация результатов обследования и затраты медицинской организации на расходные материалы, связанные с предоставлением результата обследования застрахованному лицу.

13.11.2. При проведении магнитно-резонансной или компьютерной томографии с контрастным усилением (услуга) двух и более зон одному пациенту в один день, к оплате предъявляется одна услуга проведения магнитно-резонансной или компьютерной томографии по тарифу за «Магнитно-резонансную томографию с контрастным усилением» или "Компьютерную томографию с контрастным усилением" остальные выполненные в этот день этому пациенту услуги предъявляются по тарифу за «Магнитно-резонансную томографию без использования контрастных веществ» или "Компьютерную томографию без использования контрастных веществ". Оплата более одного выполненного МРТ и КТ исследования с контрастным усилением в один день одному пациенту не допускается.

13.12. Однофотонная эмиссионная компьютерная томография.

13.13. Исследования уровня N-терминального фрагмента натрийуретического пропептида мозгового (NT-proBNP) в крови

Страховые медицинские организации (ТФОМС Костромской области) оплачивают медицинскую помощь по тарифам за медицинскую услугу, оказанную по направлениям на выполнение услуг в амбулаторных условиях, выданным на амбулаторном приеме врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную в медицинской организации, включенной в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Костромской области на 2025 год, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными департаментом здравоохранения Костромской области.

Медицинская помощь по тарифам за медицинскую услугу за счет средств обязательного медицинского страхования не оплачивается в случаях:

- не соблюдения порядка направления на получение медицинской услуги,

- при оказании медицинской услуги пациенту, находящемуся на лечении в условиях круглосуточного или дневного стационара (за исключением дня поступления и услуг диализа, для которых установлен порядок оплаты согласно пункту 4 настоящего Приложения);

- если направление на получение медицинской услуги выдано медицинской организацией, не участвующей в реализации территориальной программы ОМС.

14. В случае оказания первичной медико-санитарной помощи мобильными медицинскими бригадами (мобильный медицинский комплекс) в амбулаторно-поликлинических условиях к тарифам посещений, обращений и медицинских услуг применяется повышающий коэффициент в размере 1,2.

15. В соответствии с утвержденной структурой тарифа стоимость лабораторных медицинских услуг включена в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, в тариф за единицу объема медицинской помощи.

16. Специализированная (в том числе высокотехнологичная) медицинская помощь в плановой форме, оплачиваемая за счет средств обязательного медицинского страхования, оказывается застрахованному лицу по направлению на оказание специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи, выданному лечащим врачом медицинской организации, к которой гражданин прикреплен для получения первичной медико-санитарной помощи, в медицинскую организацию, выбранную гражданином из числа медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в которых возможно оказание медицинской помощи с учетом сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, за исключением направлений на оказание специализированной медицинской помощи в плановой форме, выданной медицинскими организациями, определенными нормативно-правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации и Департамента здравоохранения Костромской области в соответствии с маршрутизацией.

В случае несоответствия медицинской организацией, выдавшей направление на плановую госпитализацию вышеуказанным требованиям, случаи оказания специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи в плановой форме оплате за счет средств обязательного медицинского страхования не подлежат.