

ДОПОЛНЕНИЕ № 13
к ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ
в системе обязательного медицинского страхования Самарской области на
2021 год

30 декабря 2021 г.

Министерство здравоохранения Самарской области в лице министра здравоохранения Самарской области Беняна А.С., действующего на основании Положения, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Самарской области в лице директора Романова В.Е., действующего на основании Положения, страховая медицинская организация АО СК "АСКОМЕД" в лице президента Козлова О.В., действующего на основании Устава, страховая медицинская организация АО "МАКС-М" в лице заместителя директора филиала АО "МАКС-М" в городе Самаре Осауленко М. А., действующей по доверенности № 193 (мед), Медицинская профессиональная некоммерческая организация "Самарская областная Ассоциация врачей" в лице президента Измалкова С.Н., действующего на основании Устава, и Самарская областная организация профсоюза работников здравоохранения РФ в лице председателя Сивихиной Т.А., действующей на основании Устава, именуемые в дальнейшем представители, руководствуясь приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Минздрава РФ) от 29 декабря 2020 года № 1397н "Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения", Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения РФ от 28 февраля 2019 года № 108н, постановлением Правительства Самарской области от 05.04.2012 № 160 «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования» заключили настоящее Тарифное соглашение (далее – Соглашение) о нижеследующем:

С 1 декабря 2021 года

1.Внести изменения в Приложение 21, Приложение 22, Приложение 23, Приложение 24, Приложение 25, к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования Самарской области.

С 1 января 2022 года

1. Внести изменения в Приложение 29 к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования Самарской области.

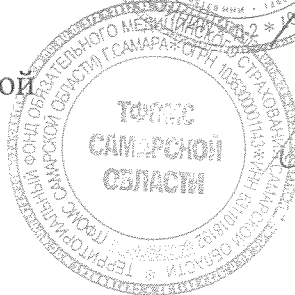
2. Настоящее Дополнение является неотъемлемой частью Тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования Самарской области.

Министр здравоохранения
Самарской области



А.С. Бенян

Директор ТФОМС Самарской
области



В.Е. Романов

Президент АО СК
"АСКОМЕД"

О.В. Козлов

Заместитель директора филиала АО "МАКС-М"
в городе Самаре

М.А. Осауленко

Президент Медицинской профессиональной
некоммерческой организации "Самарская
областная Ассоциация врачей"

С.Н. Измалков

Председатель Самарской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ

Т.А. Сивохина

С 1 января 2022 года

1. Внести изменения в Приложение 29 к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования Самарской области.

2. Настоящее Дополнение является неотъемлемой частью Тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования Самарской области.

Министр здравоохранения
Самарской области

А.С. Бенян

Директор ТФОМС Самарской
области

В.Е. Романов

Президент АО СК
"АСКОМЕД"



О.В. Козлов

Заместитель директора филиала АО "МАКС-М"
в городе Самаре

М.А. Осауленко

Президент Медицинской профессиональной
некоммерческой организации "Самарская
областная Ассоциация врачей"

С.Н. Измалков

Председатель Самарской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ

Т.А. Сивохина

С 1 января 2022 года

1. Внести изменения в Приложение 29 к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования Самарской области.

2. Настоящее Дополнение является неотъемлемой частью Тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования Самарской области.

Министр здравоохранения
Самарской области

А.С. Бенян

Директор ТФОМС Самарской
области

В.Е. Романов

Президент АО СК
"АСКОМЕД"

О.В. Козлов

Заместитель директора филиала АО "МАКС-М"
в городе Самаре



М.А. Осауленко

Президент Медицинской профессиональной
некоммерческой организации "Самарская
областная Ассоциация врачей"

С.Н. Измалков

Председатель Самарской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ

Т.А. Сивохина

С 1 января 2022 года

1. Внести изменения в Приложение 29 к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования Самарской области.

2. Настоящее Дополнение является неотъемлемой частью Тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования Самарской области.

Министр здравоохранения
Самарской области

А.С. Бенян

Директор ТФОМС Самарской
области

В.Е. Романов

Президент АО СК
"АСКОМЕД"

О.В. Козлов

Заместитель директора филиала АО "МАКС-М"
в городе Самаре

М.А. Осауленко

Президент Медицинской профессиональной
некоммерческой организации "Самарская
областная Ассоциация врачей"



С.Н. Измалков

Председатель Самарской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ

Т.А. Сивохина

С 1 января 2022 года

1. Внести изменения в Приложение 29 к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования Самарской области.

2. Настоящее Дополнение является неотъемлемой частью Тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования Самарской области.

Министр здравоохранения
Самарской области

А.С. Бенян

Директор ТФОМС Самарской
области

В.Е.Романов

Президент АО СК
"АСКОМЕД"

О.В. Козлов

Заместитель директора филиала АО "МАКС-М"
в городе Самаре

М.А. Осауленко

Президент Медицинской профессиональной
некоммерческой организации "Самарская
областная Ассоциация врачей"

С.Н. Измалков

Председатель Самарской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ



Т.А. Сивохина

Приложение 21
к Тарифному соглашению в системе
обязательного медицинского страхования
Самарской области

Размер среднего подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Самарской области

с 1 декабря 2021 года

руб.

1 КВАРТАЛ			2 КВАРТАЛ			3 КВАРТАЛ			4 КВАРТАЛ			2021 ГОД
Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	
390,72	390,72	390,72	390,72	390,72	390,72	390,72	390,72	390,72	390,72	390,72	391,92	4 689,84

Коэффициент приведения в амбулаторных условиях (Прамб) **0,55041** , в том числе

1 КВАРТАЛ			2 КВАРТАЛ			3 КВАРТАЛ			4 КВАРТАЛ		
Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь
0,51904	0,51904	0,51904	0,51903	0,51903	0,51903	0,51903	0,51903	0,54711	0,54711	0,56938	0,78835

Приложение 22
к Тарифному соглашению в системе
обязательного медицинского страхования
Самарской области

Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Самарской области

с 1 декабря 2021 года

1 КВАРТАЛ			2 КВАРТАЛ			3 КВАРТАЛ			4 КВАРТАЛ			2021 ГОД
Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	
64,24	64,24	64,24	103,98	64,24	64,24	64,24	64,24	64,24	50,99	50,99	51,66	771,54

Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования, рассчитанных на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования, и коэффициентов дифференциации, при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности

с 1 декабря 2021 года

Реестровый номер	Код МО	Наименование медицинской организации	Коэффициент специфики оказания медицинской помощи	Коэффициент уровня оказания медицинской помощи, включающий объем средств на оплату профилактических мероприятий	Коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала	Дифференцированный подушевой норматив финансирования
630002	202	ГБУЗ СО "Безенчукская ЦРБ"	1,29311	1,2600	1,04	523,53
630003	302	ГБУЗ СО "Богатовская ЦРБ"	1,23280	1,2426	1,11	526,77
630004	402	ГБУЗ СО "Большеглушицкая ЦРБ"	1,01987	1,2965	1,11	454,69
630007	701	ГБУЗ СО "Волжская ЦРБ"	0,94430	1,3449	1,11	436,75
630008	802	ГБУЗ СО "Иса克林ская ЦРБ"	1,07669	1,2712	1,11	470,66
630009	902	ГБУЗ СО "Кинельская ЦБГиР"	0,97177	1,3191	1,08	427,34
630010	1002	ГБУЗ СО "Кошкинская ЦРБ"	0,97018	1,3300	1,11	443,74
630011	1102	ГБУЗ СО "Красноармейская ЦРБ"	0,98086	1,3237	1,11	446,50
630013	1302	ГБУЗ СО "Кинель-Черкасская ЦРБ"	1,13023	1,2813	1,11	497,99
630014	1402	ГБУЗ СО "Клявлинская ЦРБ"	1,22567	1,2473	1,11	525,72
630015	1502	ГБУЗ СО "Нефтегорская ЦРБ"	1,17783	1,2816	1,06	493,43
630016	1602	ГБУЗ СО "Нестравская центральная районная больница"	1,06914	1,2932	1,11	475,47
630017	1702	ГБУЗ СО "Похвистневская ЦБГР"	1,10652	1,3190	1,04	468,98
630018	1802	ГБУЗ СО "Приволжская ЦРБ"	0,97268	1,3333	1,11	445,97
630020	2002	ГБУЗ СО "Ставропольская ЦРБ"	0,97203	1,3675	1,00	410,70
630022	2202	ГБУЗ СО "Челно-Вершинская ЦРБ"	1,09792	1,2759	1,11	481,72
630028	3002	ГБУЗ СО "Жигулевская ЦГБ"	1,21088	1,2739	1,00	476,59
630029	3102	ГБУЗ СО "НЦБ"	1,18725	1,2911	1,00	473,62
630033	3302	ГБУЗ СО "Отраденская городская больница"	1,09480	1,3112	1,04	461,28
630035	3408	ГБУЗ СО "Сызранская ГБ № 2"	1,04960	1,4145	1,00	458,73
630036	3409	ГБУЗ СО "Сызранская ЦГБ"	0,94259	1,3185	1,00	383,99
630040	3422	ГБУЗ СО "Сызранская ГП"	1,03157	1,3601	1,00	433,51
630045	4019	ПАО "КуйбышевАзот" (МСЧ № 4)	0,58138	1,3168	1,00	236,53
630046	4020	ООО "МСЧ №6"	0,74801	1,2725	1,00	294,08
630051	4026	ГБУЗ СО "ТГП № 1"	1,03406	1,3607	1,00	434,74
630052	4043	ГБУЗ СО "ТГКП №3"	1,01186	1,3505	1,00	422,21
630058	4055	ОАО "Волгоцеммаш" (МСЧ №3)	0,79238	1,2827	1,00	314,04
630061	4098	ГБУЗ СО "ТГП №2"	0,97522	1,3664	1,00	411,70
630062	4099	ГБУЗ СО "ТГП №4"	0,98170	1,3837	1,00	419,71
630066	5017	ГБУЗ СОДКБ им. Н.Н.Ивановой	1,12946	1,5032	1,00	524,56
630070	5113	ГБУЗ СО СГП №13	0,70006	1,5043	1,00	325,37
630071	5201	ГБУЗ СО "СГП №4"	1,12176	1,3439	1,00	465,78
630072	5202	ГБУЗ СО "СГКБ №8"	1,04958	1,3212	1,00	428,45
630075	5207	ГБУЗ СО "СМСЧ №5"	0,97108	1,3308	1,00	399,30
630077	5306	ГБУЗ СО "Самарская городская больница №7"	1,06809	1,3206	1,00	435,82
630078	5401	ГБУЗ СО СГБ №10	0,96863	1,3745	1,00	411,35
630080	5501	ГБУЗ СО "СГП №3"	0,95206	1,3671	1,00	402,15
630083	5602	ГБУЗ СО "СГБ № 4"	0,94858	1,2761	1,00	374,02
630086	5702	ГБУЗ СО "СГП №14"	0,89872	1,3588	1,00	377,32
630088	5705	ГБУЗ СО "Самарская МСЧ 2"	1,02202	1,3469	1,00	425,30
630092	5715	ГБУЗ СО "СГКП № 15"	1,10088	1,3079	1,00	444,88
630093	5716	ГБУЗ СО "Самарская городская поликлиника №6 Промышленного района"	1,03753	1,2554	1,00	402,43
630094	5721	ГБУЗ СО "СГП №1"	1,00458	1,3399	1,00	415,89
630095	5902	ГБУЗ СО "СГБ №6"	0,95905	1,3628	1,00	403,81
630096	5903	ГБУЗ СО "СГП №10 Советского района"	1,11207	1,3187	1,00	453,10

Реестровый номер	Код МО	Наименование медицинской организации	Коэффициент специфики оказания медицинской помощи	Коэффициент уровня оказания медицинской помощи, включающий объем средств на оплату профилактических мероприятий	Коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала	Дифференцированный подушевой норматив финансирования
630098	6002	СОКБ	1,33937	1,0000	1,00	413,83
630100	6004	ГБУЗ СОКБ №2	1,04368	1,2389	1,00	399,51
630111	9301	ФКУЗ "МСЧ МВД России по Самарской области"	1,35133	1,0000	1,00	417,52
630112	9401	ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России	0,52653	1,5928	1,00	259,13
630114	9668	ООО "МЦ "Здоровые дети"	1,06289	1,6239	1,00	533,29
630115	9690	ПАО "ТОАЗ"	0,62023	1,3205	1,00	253,05
630279	10824	ООО «МЦ «Здоровье детей»	1,23301	1,5218	1,00	579,76
630327	10009	ООО «МЦ «Детский доктор»	0,80172	1,8280	1,00	452,82
630372	9696	ФГБУ ФНКЦРиО ФМБА России	0,75058	1,3478	1,00	312,56

Коэффициент специфики оказания скорой медицинской помощи и дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи (в расчете на 1 месяц) медицинских организаций, участвующих в оказании скорой медицинской помощи

с 1 декабря 2021 года

Реестровый номер	Код МО	Наименование медицинской организации	Коэффициент специфики оказания скорой медицинской помощи	Дифференцированный подушевой нормативов финансирования скорой медицинской помощи (в расчете на 1 месяц)
630003	302	ГБУЗ СО "Богатовская центральная районная больница"	1,010	53,50
630004	402	ГБУЗ СО "Большеглушицкая центральная районная больница"	1,010	53,50
630005	502	ГБУЗ СО "Большечерниговская центральная районная больница"	0,980	51,91
630006	602	ГБУЗ СО "Борская центральная районная больница"	1,010	53,50
630027	2702	ГБУЗ СО "Елховская центральная районная больница"	1,010	53,50
630008	802	ГБУЗ СО "Исаклинская центральная районная больница"	0,980	51,91
630026	2602	ГБУЗ СО "Камышлинская центральная районная больница"	1,010	53,50
630013	1302	ГБУЗ СО "Кинель-Черкасская центральная районная больница"	0,980	51,91
630014	1402	ГБУЗ СО "Клявлинская центральная районная больница"	1,010	53,50
630010	1002	ГБУЗ СО "Кошкинская центральная районная больница"	1,010	53,50
630015	1502	ГБУЗ СО "Нефтегорская центральная районная больница"	1,010	53,50
630016	1602	ГБУЗ СО "Пестравская центральная районная больница"	1,010	53,50
630017	1702	ГБУЗ СО "Похвистневская центральная больница города и района"	1,010	53,50
630018	1802	ГБУЗ СО "Приволжская центральная районная больница"	0,980	51,91
630019	1902	ГБУЗ СО "Сергиевская центральная районная больница"	0,980	51,91
630023	2302	ГБУЗ СО "Хворостянская центральная районная больница"	0,980	51,91
630022	2202	ГБУЗ СО "Челно-Вершинская центральная районная больница"	1,010	53,50
630024	2402	ГБУЗ СО "Шенталинская центральная районная больница"	1,080	57,20
630212	5008	ГБУЗ СО «Самарская станция скорой медицинской помощи»	1,010	53,50
630209	3114	ГБУЗ "ОССМП"	1,010	53,50
630033	3302	ГБУЗ СО "Отраденская городская больница"	1,010	53,50
630215	3417	ГБУЗ СО «Сызранская станция скорой медицинской помощи»	1,010	53,50
630216	4006	ГБУЗ СО "Гольяттинская станция скорой медицинской помощи"	0,980	51,91
630297	10839	АНО ССМП "Здоровая семья"	1,080	57,20
630340	10858	ООО "МедСервис"	0,980	51,91

Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи и коэффициентов дифференциации, при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи

с 1 декабря 2021 года																	
№	Код организации по справочнику организаций сферы здравоохранения	Код МО/отделения по справочнику организаций сферы здравоохранения	Наименование медицинской организации	Базовый подушевой норматив финансирования АПП (Пнбаз апп), руб.	Базовый подушевой норматив финансирования стационарной помощи (Пнбаз ст), руб.	Базовый подушевой норматив финансирования дневного стационара (Пнбаз дс), руб.	Общий базовый подушевой норматив финансирования в месяц (Пнбаз), руб.	Коэффициент специфики амбулаторной помощи	Коэффициент уровня оказания медицинской помощи, включающий объем средств на оплату профилактических мероприятий	Коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала	Коэффициент специфики медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара	Коэффициент специфики медицинской помощи в условиях дневного стационара	Дифференцированный подушевой норматив финансирования для i-медицинской организации по АПП, руб. в месяц на одного застрахованного прикрепленного (ДПн АПП)	Дифференцированный подушевой норматив финансирования для i-медицинской организации по стационару, руб. в месяц на одного застрахованного прикрепленного (ДПн кс)	Дифференцированный подушевой норматив финансирования для i-медицинской организации по дневному стационару, руб. в месяц на одного застрахованного прикрепленного (ДПн дс)	Дифференцированный подушевой норматив финансирования для i-медицинской организации по всем видам и условиям оказания помощи, руб. в месяц на одного застрахованного прикрепленного (ДПн общ)	Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для i-медицинской организации по всем видам и условиям оказания помощи, руб. в месяц на одного застрахованного прикрепленного (Ф ДПн)
1	630005	502	ГБУЗ СО "Большечерниговская ЦРБ"	308.97	247,10	26,04	582,11	0,95863	1,34626	1,11	0,59046	0,97974	443,81	145,90	25,51	615,22	615,22
2	630006	602	ГБУЗ СО «Бокская центральная районная больница»	308.97	247,10	26,04	582,11	1,00964	1,31337	1,11	1,18615	1,16096	456,01	293,10	30,23	779,33	779,33
3	630012	1202	ГБУЗ СО "Красноярская ЦРБ"	308.97	247,10	26,04	582,11	0,94195	1,32703	1,11	0,63411	0,81001	429,86	156,69	21,09	607,63	607,63
4	630019	1902	ГБУЗ СО "Сергиевская ЦРБ"	308.97	247,10	26,04	582,11	1,04869	1,32064	1,04	1,44178	0,47345	445,02	356,26	12,33	813,61	813,61
5	630021	2102	ГБУЗ СО "Сызранская ЦРБ"	308.97	247,10	26,04	582,11	1,03825	1,25893	1,11	0,27053	0,85331	449,49	66,85	22,22	538,55	538,55
6	630023	2302	ГБУЗ СО "Хворостинская ЦРБ"	308.97	247,10	26,04	582,11	1,25568	1,26796	1,11	0,61117	1,95980	547,52	151,02	51,03	749,56	749,56
7	630024	2402	ГБУЗ СО "Шенгалевская ЦРБ"	308.97	247,10	26,04	582,11	1,02543	1,27855	1,11	0,59513	1,52522	450,86	147,06	39,71	637,63	637,63
8	630025	2502	ГБУЗ СО "Шигонская ЦРБ"	308.97	247,10	26,04	582,11	1,16668	1,26131	1,11	0,72151	0,69794	506,04	178,28	18,17	702,50	702,50
9	630026	2602	ГБУЗ СО "Камышлинская ЦРБ"	308.97	247,10	26,04	582,11	1,03517	1,29323	1,11	0,56267	1,70763	460,36	139,04	44,46	643,86	643,86
10	630027	2702	ГБУЗ СО "Елховская ЦРБ"	308.97	247,10	26,04	582,11	1,31248	1,25130	1,11	0,31708	1,72145	564,77	78,35	44,82	687,94	687,94
11	630032	3202	ГБУЗ СО "Октябрьская ЦГБ"	308.97	247,10	26,04	582,11	1,02996	1,35912	1,04	0,89286	0,99319	449,81	220,62	25,86	696,30	696,30
12	630038	3419	ГБУЗ СО «Сызранская ГБ №3»	308.97	247,10	26,04	582,11	1,06421	1,31811	1,00	0,27349	1,38818	433,41	67,58	36,15	537,13	537,13
13	630042	3501	ГБУЗ СО "ЦНЦБ"	308.97	247,10	26,04	582,11	1,23091	1,28420	1,00	1,38111	0,55694	488,40	341,27	14,50	844,17	844,17
14	630107	9001	ЧУЗ "КБ "РЖД-Медицина" г. Самара"	308.97	247,10	26,04	582,11	0,91877	1,20173	1,00	1,60491	1,48714	341,14	396,57	38,72	776,43	776,43

Регламент применения способов оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования (ред. от 01.01.2022)

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией электронных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии.

Оплата первичной специализированной и специализированной медицинской помощи в плановой форме за счет средства обязательного медицинского страхования осуществляется при наличии направления лечащего врача учреждения первичной медико-санитарной помощи, к которому пациент прикреплен на медицинское обслуживание (далее – направление заказчика). Не требует оформления направления заказчика (является заказанной услугой):

- медицинская помощь, оказанная субъектом ПМСП своему прикрепленному застрахованному;
- скорая медицинская помощь вне медицинской организации;
- медицинская помощь в экстренной и неотложной форме в амбулаторных и стационарных условиях, в том числе в приемных отделениях (приемных покоях) стационаров МО без последующей в течение одних суток госпитализации;
- медицинская помощь, оказанная в неотложной форме выездными бригадами отделения неотложной медицинской помощи в структуре станции скорой медицинской помощи больным с заболеванием новой коронавирусной инфекцией и(или) с подозрением на заболевание новой коронавирусной инфекции;
- стоматологическая помощь, оказанная в амбулаторных условиях;
- профилактическая медицинская помощь, оказанная в Центрах здоровья, с обязательным доведением МО-исполнителем услуги результатов обследования до сведения субъекта ПМСП, выбранного застрахованным лицом для оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в соответствии с действующим законодательством;
- прерывание беременности в сроке до 22 недель с врожденным пороком развития плода при наличии заключения перинатального консилиума;
- этап долечивания (стационарная реабилитация) после проведенного этапа интенсивного лечения в условиях круглосуточного стационара, в том числе после перенесенной пневмонии, вызванной новой коронавирусной инфекцией COVID-19

(U07.1; U07.2);

- диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей–сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей–сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;
- профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних;
- услуги смотрового кабинета для мужчин и женщин;
- медицинская помощь, оказанная гражданам из числа лиц, указанных в статьях 14, 15 Федерального закона "О ветеранах";
- услуги, оказанные государственными бюджетными кожно–венерологическими диспансерами (ГБУЗ «СОКВД», ГБУЗ СО «ТКВД», ГБУЗ СО «СКВД»), кожно–венерологическими кабинетами государственных бюджетных учреждений здравоохранения Самарской области, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, застрахованным лицам, проживающим на территориях, входящих в зоны ответственности учреждений, определенные МЗ СО;
- профилактические прививки в рамках реализации приказа Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 г. № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»;
- медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам с выявленными онкологическими заболеваниями, подлежащим диспансерному наблюдению в ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», специализированных онкологических центрах г.о. Тольятти, г.о. Сызрань, специализированном детском онкогематологическом центре ГБУЗ СО «Самарская областная детская клиническая больница им. Н.Н.Ивановой», центрах амбулаторной онкологической помощи (далее - ЦАОП);
- позитронно-эмиссионная томография – компьютерная томография при наличии решения о направлении пациента на ПЭТ-КТ исследование врачебной комиссии ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина», ГБУЗ СО «Самарская областная детская клиническая больница имени Н.Н.Ивановой», ГБУЗ Самарской области «Тольяттинская городская клиническая больница № 5», ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России;
- дистанционное консультирование посредством телемедицинских технологий – телемедицинское консультирование (раздел 4.2.94. Прейскуранта на амбулаторно-поликлинические услуги);

- медицинская помощь, оказанная ГБУЗ СОКОД застрахованным лицам с выявленными онкологическими заболеваниями, а также в целях уточняющей диагностики при подозрении у пациента онкозаболевания, по направлению онкологического отделения ГБУЗ Самарской области «Тольяттинская городская клиническая больница № 5», ЦАОП;
- первичная специализированная медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам в целях уточняющей диагностики, при наличии направления на консультацию, выданного лечащим врачом медицинской организации первичной медико-санитарной помощи, с указанием в направлении «с проведением уточняющей диагностики»;
- первичная специализированная медицинская помощь, оказанная лицам, перенесшим острый инфаркт миокарда, стентирование коронарных сосудов, операции на сердце и состоящим под диспансерным динамическом наблюдением в ФГБУЗ "Самарский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина», ГБУЗ "Самарский областной клинический кардиологический диспансер", ГБУЗ «Тольяттинская городская клиническая больница № 5», ГБУЗ «Тольяттинская городская клиническая больница №2 имени В.В. Баныкина», ГБУЗ «Сызранская центральная городская больница»;
- обследование ребенка при поступлении в государственные учреждения временного пребывания до перевода в дома ребенка детей – сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, а также детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- при наличии направления призывной комиссии Самарской области;
- проведение компьютерной томографии легких пациентам, доставленным бригадой скорой медицинской помощи с симптомами респираторных заболеваний в условиях распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19;
- проведение компьютерной томографии легких пациентам по направлению из Регионального координационного центра амбулаторной медицинской помощи больным пневмонией, ОРВИ, новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в составе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Самарской области «Самарская городская клиническая поликлиника № 15 Промышленного района»;
- прием врача-кардиолога с целью получения льготного рецепта после оказания специализированной медицинской помощи;
- медицинская помощь в амбулаторных условиях больным с новой коронавирусной

инфекцией COVID-19 (U07.1; U07.2), а также медицинская помощь, оказанная в амбулаторных центрах диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID -19 застрахованным лицам с коронавирусной инфекцией COVID-19, внебольничной пневмонией, острой респираторной вирусной инфекцией и гриппом;

- оказание медицинских услуг ГБУЗ СОККД в рамках проведения первого и второго этапа углубленной диспансеризации населения, прикрепленного к ГБУЗ «Самарская городская поликлиника №13 Железнодорожного района».

В случае необходимости проведения в ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», специализированных онкологических центрах г.о. Тольятти, г.о. Сызрань, специализированном детском онкогематологическом центре ГБУЗ СО «Самарская областная детская клиническая больница имени Н.Н.Ивановой», ЦАОП дополнительного обследования в рамках консультации для уточнения диагноза онкологического заболевания, дополнительного направления Заказчика не требуется.

1. Оплата амбулаторно-поликлинической помощи.

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

1.1.1. Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях субъектом ПМСП прикрепленным застрахованным лицам за расчетный месяц оплачивается по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи).

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включается первичная медико-санитарная помощь, первичная специализированная медико-санитарная помощь, оказываемая в амбулаторных условиях, за исключением:

– расходов на оплату проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и

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

- средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;
- расходов на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме (в том числе в приемных отделениях стационаров без последующей госпитализации, травматологических пунктах)¹,
- расходов на медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторных условиях, по профилю «стоматология», «дерматология»,
- расходов на первичную медико-санитарную помощь, оказываемую в Центрах здоровья;
- расходов на оплату диализа;
- расходов на оплату третьего этапа медицинской реабилитации при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях.

1.1.2. Размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепленное население, по подушевому нормативу ежемесячно определяется исходя из величины фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи медицинской организации, умноженного на среднемесячную численность прикрепленных застрахованных лиц по данным регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц, и размера средств, направляемых на выплаты медицинской организации в случае достижения целевых значений показателей результативности.

1.1.3. При расчете фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи медицинской организации определяется дифференцированный подушевой норматив медицинской организации на расчетный месяц (ДПн) как произведение

- среднего подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Самарской области, в расчете на одно застрахованное лицо ($\text{ФО}_{\text{СР}}^{\text{АМБ}}$);
- коэффициента приведения в амбулаторных условиях ($\text{Пр}_{\text{АМБ}}$);

¹Разделы прейскуранта на амбулаторно-поликлинические услуги 2.2 «Неотложная медицинская помощь», раздел 3 Прейскуранта на услуги неотложной медицинской помощи, оказываемые в травматологических пунктах Самарской области, а также медицинская помощь, оказанная в неотложной форме в приемном отделении (приемном покое) стационара МО без последующей в течение одних суток госпитализации.

- коэффициента специфики оказания медицинской помощи медицинской организации ($K_{C_{MO}}$);
- коэффициента уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации) медицинской организации;
- коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала ($K_{Дот}$).

Значения соответствующих коэффициентов для медицинских организаций установлены Приложениями 23, 25 Тарифного соглашения. При расчете коэффициента специфики оказания медицинской помощи учитывается половозрастной состав населения в виде половозрастных коэффициентов дифференциации.

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

$$ПК = \Phi O_{CP}^{AMB} \times \text{Пр}_{AMB} \times Ч_3 / \sum (ДП_n^i \times Ч_3^i).$$

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинской организации (ФДПн) рассчитывается по формуле: $\text{ФДПн} = ДПн / ПК$.

1.1.4. Показатели результативности деятельности и целевые значения установлены в Приложении 29 Тарифного соглашения, порядок применения показателей результативности деятельности и целевых значений, методика расчета размера средств, направляемых на выплаты МО в случае достижения целевых показателей результативности деятельности установлены в Приложении 11 настоящего Регламента.

1.1.5. Ежемесячно, в сроки, установленные настоящим Регламентом, ТФОМС рассчитывает

- поправочный коэффициент (ПК) на расчетный месяц,
- фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской организации;
- объем средств, направляемых на выплату субъекту ПМСП в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности;
- определяет и доводит до сведения медицинских организаций и СМО численность прикрепленных застрахованных лиц, размер подушевого финансирования, определенный МО

для каждой СМО в соответствии с долей затрат в общем объеме принятых к оплате реестров медицинских услуг, оплачиваемых медицинской организации в рамках подушевого финансирования по результатам медико-экономического контроля за отчетный месяц (по состоянию на первое число месяца).

1.1.6. Ежемесячно СМО определяет размер средств, направляемых на оплату «внешних услуг», заказанных МО-ПМСП в других МО, и размер средств на оплату услуг, оказанных с учетом требований настоящего Регламента МО-ПМСП застрахованным лицам, прикрепленным к другим МО-ПМСП («привлеченные услуги»).

Размер «внешних услуг» и «привлеченных услуг» учитывается при осуществлении окончательного расчета с медицинской организацией за отчетный месяц.

1.1.7. СМО и субъект ПМСП ежемесячно, не позднее последнего числа отчетного месяца, проводят сверку численности лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания амбулаторной медицинской помощи по состоянию на первое число, и в срок не позднее последнего числа месяца, следующего за отчетным, согласовывают численность застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации.

1.1.8. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, оплачиваемой по подушевому принципу, удерживается из объема подушевого финансирования субъекта ПМСП или подлежит возврату в СМО.

Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля медицинской помощи, оплачиваемой по подушевому принципу, не учитывается при формировании финансового результата, не отражается в акте сверки, подтверждающего сумму окончательного расчета между СМО и МО за отчетный месяц расчетов, и в отчетной форме ЗПЗ.

Результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, учитываются при анализе исполнения территориальной программы ОМС, а также при формировании (корректировке) объемов предоставления медицинской помощи медицинской организации на следующий период.

1.2. Оплата амбулаторно-поликлинической помощи в центрах здоровья.

1.2.1. Профилактическая медицинская помощь, оказанная в центрах здоровья, оказывается застрахованному лицу без оформления направления субъектом ПМСП, выбранным застрахованным лицом для оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных

условиях в соответствии с действующим законодательством (далее - МО по месту прикрепления).

1.2.2. Поводами обращения застрахованных лиц в центры здоровья являются (код МКБ-10):

- получение информации о наличии заболеваний (при первичном обращении) (Z00.8);
- получение информации о здоровом образе жизни (Z71.8);
- консультирование по вопросам питания (Z71.3);
- консультирование и наблюдение по поводу курения (Z71.6);
- консультирование по отказу от приема алкоголя (Z71.4);
- обследование и наблюдение по другим уточненным поводам (Z04.8), в том числе наблюдение лиц с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском (Z03.5), стоматологическое обследование (Z01.2), обследование глаз и зрения (Z01.0).

1.2.3. Оплата обращения с профилактической целью в Центр здоровья впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования (код МКБ-10 - Z00.8); производится по тарифам за «Комплексный медицинский осмотр в центре здоровья».

Комплексный медицинский осмотр считается завершенным и подлежит 100% оплате в случае выполнения не менее 85% от объема исследований, установленного для взрослых и детей соответственно. В случае если число выполненных осмотров (исследований и иных медицинских мероприятий) составляет менее 85% от объема комплексного медицинского осмотра, оплате подлежат только выполненные осмотры (исследования, мероприятия) по тарифам, установленным Тарифным соглашением.

Объем осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, включенных в комплексный медицинский осмотр взрослых и детей, определяется министерством здравоохранения Самарской области. Для комплексного медицинского осмотра в центре здоровья для взрослых 85% составляет не менее 19 мероприятий, для комплексного медицинского осмотра в центре здоровья для детей не менее 13 мероприятий.

Оплата обращения с профилактической целью в Центр здоровья граждан, обратившихся для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья, а также граждан, направленных медицинской организацией по месту прикрепления, медицинскими работниками образовательных организаций (Коды МКБ-10 – Z71.8, Z71.3, Z71.6, Z71.4, Z04.8, Z03.5, Z01.2, Z01.0), производится по тарифам за отдельные медицинские услуги, оказываемые в Центрах здоровья населения, утвержденным Тарифным соглашением.

1.2.4. В случае предъявления к оплате, в том числе различными МО, более одного обращения одного и того же застрахованного лица в центр здоровья для проведения комплексного обследования в течение календарного года, оплате подлежит случай первого обращения.

1.2.5. Результаты обследования в центре здоровья доводятся в обязательном порядке до сведения МО по месту прикрепления в форме выписки из Карты центра здоровья (025-ЦЗ/у или 025-ЦЗ/у-2).

В МО по месту прикрепления застрахованного лица выписка клеивается в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (учетная форма 025/у).

1.3. Оплата мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядка проведения которых установлены нормативно-правовыми актами.

1.3.1. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации.

1.3.2. Порядок проведения диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан регламентируется:

- Приказом Минздрава России от 27.04.2021 N 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей–сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»;
- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»;
- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 11 апреля 2013 г. № 216н «О утверждении Порядка диспансеризации детей–сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью».

1.3.3. В части профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения:

1.3.3.1. Учет выполненных объемов профилактических медицинских осмотров, включая диспансеризацию, осуществляется за комплексное посещение, по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения.

Учет второго этапа диспансеризации осуществляется за посещение с профилактической целью (за медицинскую услугу – в случае отсутствия возможности у медицинской организации ПМСП выполнить дополнительное обследование собственными силами).

1.3.3.2. Гражданин проходит профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь.

1.3.3.3. Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются завершенными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови, которые проводятся в соответствии с приложением 2 к порядку, определенному соответствующим приказом МЗ РФ.

1.3.4. Учет первого этапа диспансеризации детей–сирот, пребывающих в стационарных учреждениях, и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей–сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью², а также профилактических медицинских осмотров взрослого населения и профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних³ осуществляется за комплексное посещение.

Случай профилактического медицинского осмотра считается законченным при выполнении не менее 85% от объема обследования, установленного соответствующим приказом МЗ РФ для застрахованного лица с учетом его возраста и пола.

Случай диспансеризации и профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних считается законченным в случае проведения осмотров всеми врачами–

² При проведении диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, перечень осмотров и исследований определяется по фактическому возрасту несовершеннолетнего на момент проведения обследования.

³ Для лиц старше 2 лет профилактические осмотры проводятся медицинскими организациями в год достижения несовершеннолетними возраста, указанного в перечне исследований.

специалистами, в том числе врачом–психиатром⁴, предусмотренных соответствующими приказами МЗ РФ.

В случае отказа несовершеннолетнего (его родителя или иного законного представителя) от проведения одного или нескольких медицинских вмешательств, предусмотренных в рамках I или II этапов профилактического осмотра, оформленного в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", профилактический осмотр считается завершенным в объеме проведенных осмотров врачами-специалистами и выполненных исследований.

В отношении несовершеннолетних, достигших возраста 3 лет и подлежащих диспансеризации, профилактические медицинские осмотры в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» не проводятся.

1.3.5. Порядок формирования электронных реестров счета за медицинскую помощь в рамках диспансеризации (профилактических медицинских осмотров) определен Регламентом информационного взаимодействия в системе ОМС на территории Самарской области.

При формировании электронных реестров счетов за диспансеризацию (за исключением второго этапа) и медицинские осмотры

- цель обращения указывается как профилактическая,
- диагноз основной шифруется Z00-Z13 ОБРАЩЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА И ОБСЛЕДОВАНИЯ,
- заболевание, выявленное в процессе диспансеризации, указывается по позиции «Диагноз сопутствующий»,
- в случае выставления комплексной медицинской услуги обязателен к заполнению полный перечень услуг, составляющих стандарт обследования, с указанием даты начала и даты окончания, а также кода специальности медработника, оказавшего услугу.

1.3.6. При формировании электронных реестров счетов в случае проведения полного комплекса мероприятий в рамках профилактических осмотров, включая диспансеризацию, при участии мобильных медицинских бригад, к установленным тарифам применяется повышающий коэффициент в размере «1,1».

В случае проведения медицинской организацией полного комплекса мероприятий в рамках профилактических осмотров и диспансеризации в выходные дни применяется повышающий коэффициент к установленным тарифам в размере «1,1».

⁴ При этом в структуру тарифа за счет средств ОМС расходы на проведение осмотра врачом-психиатром не включаются.

1.3.7. Пункт вступает в действие с 1 июля 2021 года после внесения соответствующих изменений в территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Самарской области на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, утвержденную постановлением Правительства Самарской области от 26.12.2020 № 1111.

Порядок прохождения углубленной диспансеризации утверждается приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Оплата углубленной диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи дополнительно к подушевому нормативу финансирования по тарифам, установленным приложением 1 к Тарифному соглашению в ПРЕЙСКУРАНТЕ №У-35-01-2021/1-углубленная диспансеризация (COVID-19) дополнительно к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации определенных категорий граждан»:

–за комплексное посещение, включающее исследования и медицинские вмешательства в рамках I этапа углубленной диспансеризации: измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирометрии или спирографии, общего (клинического) анализа крови развернутого, биохимического анализа крови (включая исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови);

–за единицу объема в рамках проведения углубленной диспансеризации оплачиваются следующие исследования:

- тест с 6 минутной ходьбой в рамках I этапа углубленной диспансеризации;
- определение концентрации Д - димера в крови в рамках I этапа углубленной диспансеризации;
- проведение эхокардиографии в рамках II этапа углубленной диспансеризации;
- проведение компьютерной томографии легких в рамках II этапа углубленной диспансеризации;
- проведение дуплексного сканирования вен нижних конечностей в рамках II этапа углубленной диспансеризации.

Оплата углубленной диспансеризации за комплексное посещение возможна в случае выполнения всех исследований и медицинских вмешательств, учитываемых при расчете стоимости комплексного посещения. В случае, если отдельные исследования и медицинские вмешательства, учитываемые при расчете стоимости комплексного посещения углубленной диспансеризации, не были выполнены, оплата такого случая не осуществляется.

В отношении граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) планируемая дата проведения углубленной диспансеризации должна составлять не ранее 60 календарных дней после выздоровления при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях или после получения выписного эпикриза гражданина, перенесшего новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях и с учетом рекомендаций врача-специалиста о необходимости углубленной диспансеризации.

Медицинская организация, ответственная за проведение углубленной диспансеризации, вправе в случае отсутствия возможности выполнения отдельных исследований и медицинских вмешательств в рамках I и/или II этапов, поручить иной медицинской организации выполнение требуемых работ (услуг) путем выдачи направления.

В этом случае к оплате предъявляется счет и реестр счетов в полном объеме проведенных исследований и медицинских манипуляций с указанием медицинской организации, выполнившей отдельные услуги. Расчеты с медицинской организацией, выполнившей по направлению МО-Заказчика отдельные услуги в рамках углубленной диспансеризации, осуществляются СМО за счет МО-Заказчика по тарифам ПРЕЙСКУРАНТА №У-35-01-2021/1-углубленная диспансеризация (COVID-19) дополнительно к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации определенных категорий граждан по факту выставления счетов и реестров счетов.

1.4. Оплата амбулаторной медицинской помощи, оказанной одной медицинской организацией по направлению другой медицинской организации («внешние услуги»).

1.4.1. Амбулаторная медицинская помощь, оказанная застрахованному лицу одной медицинской организацией (далее - МО-Исполнитель) по направлению другой медицинской организации (далее – МО-Заказчик) оплачивается СМО за медицинскую услугу за счет средств МО-Заказчика, по тарифам, установленным Тарифным соглашением, и не учитывается при анализе исполнения объемов предоставления медицинской помощи МО-Исполнителя.

1.4.2. МО-Исполнителем составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждую выполненную единицу объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай) с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. СМО осуществляют оплату услуг на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для МО-заказчика уменьшается на объем средств, перечисленных МО-Исполнителю.

1.4.3. При анализе «внешней услуги» исключаются:

–расходов на оплату проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;

–расходов на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме (в том числе в приемных отделениях стационаров без последующей госпитализации, травматологических пунктах) 5, а также выездными бригадами отделения неотложной медицинской помощи в структуре станции скорой медицинской помощи больным с заболеванием новой коронавирусной инфекцией и(или) с подозрением на заболевание новой коронавирусной инфекцией⁶;

–расходов на медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторных условиях, по профилю «стоматология», «дерматология»,

–расходов на первичную медико-санитарную помощь, оказываемую в Центрах здоровья;

–расходов на оплату диализа;

–расходов на оплату третьего этапа медицинской реабилитации при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях.

1.5. Финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

1.5.1. Оплата медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами осуществляется по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации.

1.5.2. Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным министерством здравоохранения Российской Федерации, составляет

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей – 1 010,7 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей – 1 601,2 тыс. рублей;

⁵Разделы прейскуранта на амбулаторно-поликлинические услуги 2.2 «Неотложная медицинская помощь», раздел 3 Прейскуранта на услуги неотложной медицинской помощи, оказываемые в травматологических пунктах Самарской области, а также медицинская помощь, оказанная в неотложной форме в приемном отделении (приемном покое) стационара МО без последующей в течение одних суток госпитализации.

⁶ Раздел прейскуранта на амбулаторно-поликлинические услуги 2.2 «Неотложная медицинская помощь»

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей – 1 798,0 тыс. рублей.

Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего менее 100 жителей, составляет 505,35 тыс. руб.; базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего более 2 000 жителей, составляет 1 977,80 тыс. руб.

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры базового норматива финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

1.5.3. Реестр фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов с указанием соответствующего финансового обеспечения в зависимости от численности обслуживаемого населения, представлен в Приложении 27 Тарифного соглашения.

1.5.4. Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, рассчитывается в соответствии с п. 1.5.5. и включает в себя в том числе объем средств на оплату медицинской помощи в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах в неотложной форме.

1.5.5. Размер средств, ежемесячно направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в медицинскую организацию (ОС_{ФАП}), рассчитывается следующим образом:

$$ОС_{ФАП} = \sum_n (Ч^n_{ФАП} \times 1/12 \times БНФ^n_{ФАП} \times КС^n_{БНФ}), \text{ где}$$

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

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

$КС^n_{БНФ}$ – коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов

определен Программой, устанавливается значение коэффициента равное 1, в случае неполной укомплектованности штатными единицами поправочный коэффициент принимает значение равным 0,7; во всех остальных случаях поправочный коэффициент принимает значение равное 0,25) (Приложение 27 Тарифного соглашения).

1.5.6. В случае если у фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом № 543н, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов за предыдущие периоды с начала года, и рассчитывается следующим образом:

$$OC_{\text{ФАП}}^j = OC_{\text{ФАПнг}}^j + \left(\frac{БНФ_{\text{ФАП}}^j \times КС_{\text{БНФ}}^j}{12} \times n_{\text{мес}} \right), \text{ где:}$$

$OC_{\text{ФАП}}^j$ фактический размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта;

$OC_{\text{ФАПнг}}^j$ размер средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта с начала года;

$n_{\text{мес}}$ количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

1.5.7. ТФОМС ежемесячно распределяет размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в медицинскую организацию, между СМО в соответствии с долей затрат каждой из них в общем объеме принятых к оплате реестров медицинских услуг, оплачиваемых медицинской организации в рамках подушевого финансирования по результатам медико-экономического контроля за отчетный месяц (по состоянию на первое число месяца).

1.6. Отдельные вопросы оплаты амбулаторной медицинской помощи.

1.6.1. За единицу объема медицинской помощи в пределах объемов, установленных решением Комиссии по разработке ТП ОМС оплачиваются

- проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;
- медицинская помощь, оказываемой в неотложной форме (в том числе в приемных отделениях стационаров без последующей госпитализации, травматологических пунктах), а также выездными бригадами отделения неотложной медицинской помощи в структуре станции скорой медицинской помощи больным с заболеванием новой коронавирусной инфекцией и(или) с подозрением на заболевание новой коронавирусной инфекцией;
- медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях, по профилю «стоматология», «дерматология»;
- первичная медико-санитарная помощь, оказываемая в Центрах здоровья;
- диализ в амбулаторных условиях;
- третий этап медицинской реабилитации при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях.

1.6.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях неприкрепленному населению, осуществляется в виде оплаты консультации в следующих случаях:

- при наличии направления на консультацию из других медицинских организаций;
- в рамках одного случая при необходимости консультации других специалистов;
- при рецидиве или прогрессировании заболевания у пациентов с ранее установленным диагнозом и состоящих на учете в онкологической службе;
- при контрольном диспансерном обследовании пациентов со злокачественными заболеваниями, состоящих на учете согласно порядку оказания онкологической помощи (приказ МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. № 915н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю онкология»);
- пациентам, выписанным из стационара с установленным диагнозом злокачественного новообразования.

Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях на дому пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 (U07.1; U07.2) неприкрепленному населению осуществляется по тарифам за обращение по поводу заболевания (позиции прейскуранта на амбулаторно-поликлинические услуги, раздел 37. обращение по поводу лечения заболевания новой коронавирусной инфекцией COVID-19 на дому).

В остальных случаях оплата заказанной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях неприкрепленному населению, осуществляется в виде оплаты приема врача соответствующей специальности, а также оплаты отдельных диагностических услуг.

1.6.3. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях государственными бюджетными кожно–венерологическими диспансерами (ГБУЗ «СОКВД», ГБУЗ СО «ТКВД», ГБУЗ СО «СКВД»), кожно–венерологическими кабинетами государственных бюджетных учреждений здравоохранения Самарской области, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, застрахованным лицам, проживающим на территориях, входящих в зоны ответственности учреждений, определенные МЗ СО, осуществляется за посещение, обращение.

1.6.4. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в рамках реализации приказа Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 г. N 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» осуществляется прикрепленным застрахованным в виде оплаты посещения с профилактической целью, неприкрепленным - в виде оплаты приема врача и проведения профилактической прививки (B04.014.004).

1.6.5. Оплата рентгенологических исследований (позиции прейскуранта на услуги параклинических подразделений 9.1.3.4, 9.1.3.6, 9.1.3.9, 9.1.3.10, 9.2.3.4, 9.2.3.6, 9.2.3.9, 9.2.3.10), оказанных одним учреждением первичной специализированной стоматологической помощи (МО-Исполнитель) по направлению другого учреждения первичной специализированной стоматологической помощи (МО-Заказчик) в рамках законченного случая оказания стоматологической помощи в амбулаторных условиях оплачивается СМО за счет МО-Заказчика и не учитывается при анализе исполнения объемов предоставления медицинской помощи МО-Исполнителя.

1.6.6. В случае необходимости проведения в ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», специализированных онкологических центрах г.о. Тольятти, г.о. Сызрань, специализированном детском онкогематологическом центре ГБУЗ СО «Самарская областная детская клиническая больница имени Н.Н.Ивановой» дополнительного обследования в рамках консультации для уточнения диагноза онкологического заболевания, дополнительного направления Заказчика не требуется.

1.6.7. Оплата случаев оказания экстренной медицинской помощи в приемном отделении (приемном покое) круглосуточного стационара без последующей госпитализации в профильное отделение при условии оказания медицинской помощи не более 2 часов осуществляется в пределах объемов неотложной помощи и объемов отдельных диагностических услуг (включая КТ, МРТ, УЗИ сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических

исследований), установленных решением Комиссии, по тарифам Приложения 1 Тарифного соглашения.

1.6.8. Диагностика ОРВИ, гриппа, ГЛПС и другая лабораторная диагностика инфекционных заболеваний производятся в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Самарской области» по оформленному надлежащим образом направлению от МО по месту обращения застрахованного лица. При этом заключения договоров ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Самарской области» с медицинскими организациями не требуется.

Счет за диагностические исследования биоматериала на ОРВИ выставляется по позиции Прейскуранта на услуги параклинических подразделений 5.11.43.2 «Исследование клинического материала от больных на антигены к ОРВИ с иммунофлюоресцирующими глобулинами», код по Номенклатуре медицинских услуг А26.08.019.

Счет за диагностические исследования биоматериала на грипп – по позиции 5.11.43.3 «Определение антител к четырем видам гриппа методом РТГА», код по Номенклатуре медицинских услуг А26.08.024.

1.6.9. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях мобильными медицинскими бригадами медицинских организаций, осуществляется по тарифам на амбулаторно-поликлинические и параклинические медицинские услуги (посещения, обращения, медицинские услуги) с применением повышающего коэффициента «1,1» (для медицинских организаций с использованием мобильных медицинских комплексов).

1.6.10. Расходы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий включены в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц.

Оплата телемедицинских консультаций осуществляется в рамках межучрежденческих расчетов через страховые медицинские организации по тарифам, установленным Тарифным соглашением (для застрахованных лиц, неприкрепленных к медицинской организации ПМСП - раздел 4.2.94. Прейскуранта на амбулаторно-поликлинические услуги, для прикрепленных - позиции 31.8, 31.9 Прейскуранта на амбулаторно-поликлинические услуги).

1.6.11. Для оплаты стоматологической медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, единицей объема следует считать посещение с профилактической и иными целями, стоимость которого корректируется с учетом содержащегося в нем количества УЕТ, а также обращение по поводу заболевания.

Особенности взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования при выставлении и оплате стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, определяются методическими рекомендациями, разработанными министерством здравоохранения Самарской области совместно ТФОМС.

1.6.12. В случае оказания стоматологической медицинской помощи для детей мобильными медицинскими бригадами в передвижном мобильном стоматологическом

комплексе устанавливается повышающий коэффициент в размере "1,2" к утвержденным тарифам на посещения, обращения, медицинские услуги, оказываемые мобильными медицинскими бригадами.

1.6.13. Страховые медицинские организации принимают к оплате заказанные услуги компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии по тарифам за законченный случай, при условии соответствия исследуемой области выданному направлению. Не допускается оплата более 1 исследования одной области в день.

1.6.14. Оплата функционально-диагностических исследований при многоплодной беременности по позициям Прейскуранта на услуги параклинических подразделений: 6.1.1.3. «Электрокардиография (ЭКГ) плода во время беременности», 6.1.1.4. «Нестрессовый тест плода во время беременности», 6.1.1.5. «Окситоциновый тест плода во время беременности», 6.1.1.6. «Атропиновый тест плода во время беременности», 6.1.2.4.4. «Фонокардиография (ФКГ) плода во время беременности», 6.1.5.5. «Эхокардиография плода», 7.1.3.4. «Ультразвуковая доплерография маточно-плацентарного кровотока», 7.1.22. «Цветное доплеровское картирование пуповины плода»; 7.1.4. «Ультразвуковое исследование внутренних органов плода во 2-м и 3-м триместре беременности», 7.1.4.1. «Дуплексное сканирование сердца и сосудов плода» осуществляется с применением повышающего коэффициента, равного количеству плодов.

1.6.15. Проведение диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является посещение.

1.6.16. Оплата неотложной медицинской помощи, оказанной выездными бригадами отделения неотложной медицинской помощи в структуре станции скорой медицинской помощи больным с заболеванием новой коронавирусной инфекцией и(или) с подозрением на заболевание новой коронавирусной инфекции осуществляется по позиции 2.2.2 прейскуранта на первичную медико-санитарную помощь и исследования, оказываемую в амбулаторных условиях.

2. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневных стационаров.

2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях)) и в условиях дневного стационара в соответствии с

территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Самарской области медицинской помощи применяются следующие способы оплаты:

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

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа. В целях оплаты медицинской помощи к прерванным также относят случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

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

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - Программа) установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;

- услуг диализа, включающих различные методы (оплата осуществляется за услугу, дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации).

2.3. При планировании объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (в том числе в условиях дневного стационара) и оплачиваемой по КСГ, из общего объема средств, рассчитанного исходя из нормативов ТППГ, исключаются средства:

- предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов;

- предназначенные на оплату медицинской помощи вне системы КСГ;

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

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

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

- общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ (Чсл);

- среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ (СПК),

и рассчитывается по формуле: $БС = ОС / (Чсл \times СПК)$.

2.5. Правила отнесения законченного случая лечения к клинико-статистическим группам определены Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – Методические рекомендации по способам оплаты).

Все КСГ распределены по профилям медицинской помощи - при этом часть диагнозов, устанавливаемых при различных заболеваниях, хирургических операций и других медицинских технологий могут использоваться в смежных профилях, а часть являются универсальными для применения их в нескольких профилях. При оплате медицинской помощи в подобных случаях отнесение КСГ к конкретной профильной группе не учитывается. Исключением являются КСГ, включенные в профили «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия», лечение в рамках которых может осуществляться только в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия» соответственно.

Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ 10, являющийся основным поводом к госпитализации. Исключением являются случаи, осложненные сепсисом и фебрильной нейтропенией (см. Методические рекомендации по способам оплаты).

Затраты по лечению больных в реанимационном отделении учтены в стоимости законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ.

2.6. Стоимость одного случая госпитализации (СС) при оплате по КСГ (за исключением случаев госпитализации взрослых с применением лекарственной терапии злокачественных новообразований, см. п. 2.8) определяются по следующей формуле:

$$СС = (НФЗ \times КП \times КЗ_{КСГ} \times ПК), \text{ где}$$

НФЗ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, рублей;

КП - коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке, исключающей влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации (в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской

Федерации) и коэффициента сложности лечения пациентов, принимающий значения не ниже 65 % от значения норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования, и не ниже 60 % от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневного стационара, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования (далее – коэффициент приведения при оплате специализированной медицинской помощи);

КЗкcg – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне);

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ.

Размер коэффициента приведения при оплате специализированной медицинской помощи рассчитывается по следующей формуле:

$КП = БС / НФЗ$, где

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), рублей.

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

Поправочный коэффициент оплаты КСГ (ПК) для конкретного случая рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты, установленных Тарифным соглашением, по следующей формуле:

$ПК = КС_{кcg} \times КУС_{мо} \times КСЛП$, где:

КСкcg - коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

КУСмо – коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент (в условиях круглосуточного стационара определяется Приложением 3 Тарифного соглашения, в условиях дневного стационара - Приложением 4 Тарифного соглашения);

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациентов;

Базовая ставка, коэффициенты относительной затратоемкости, коэффициент специфики КСГ, стоимость законченного случая лечения заболевания по КСГj в условиях круглосуточного и дневных стационаров (без учета КСЛП и КУСмо), представлены в Приложениях 17, 20 Тарифного соглашения.

2.7. Коэффициент сложности лечения пациентов (КСЛП) учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневных стационаров пациентам в отдельных случаях. Случаи, в которых применяется КСЛП, и диапазоны его значений установлены Приложениями 4, 6 Регламента.

Расчеты суммарного значения КСЛП (КСЛП сумм) при наличии нескольких критериев выполняются по формуле:

$$\text{КСЛП}_{\text{сумм}} = \text{КСЛП}_1 + (\text{КСЛП}_2 - 1) + (\text{КСЛП}_n - 1)$$

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8. Решение об установлении размера КСЛП оформляется соответствующим протоколом.

2.8. Стоимость одного случая госпитализации по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями определяется по следующей формуле:

$$\text{СС} = \text{БС} \times \text{КЗ}_{\text{КСГ}} \times ((1 - \text{Дзп}) + \text{Дзп} \times \text{ПК}), \text{ где:}$$

- БС размер средней стоимости законченного случая лечения без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей;
- КЗ_{КСГ} коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации
- Дзп доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установлен Приложениями 5, 7 Регламента);
- ПК поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПП (интегрированный коэффициент, рассчитываемый на региональном уровне).

2.9. **Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи (редакция вступает в силу с 01.10.2021)**

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода,

выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных Приложениях 2, 9 Регламента.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее - 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 90% от стоимости КСГ.

Приложениями 8, 10 настоящего Регламента определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи лечения по КСГ, не входящим в Приложения 8, 10, не могут быть оплачены с применением вышеперечисленных размеров оплаты прерванных случаев (80% и 90% соответственно).

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

- в случае летального исхода при длительности лечения 3 дня и менее - 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения 1 день и менее с выпиской не позднее дня, следующего за датой начала лечения (за исключением случаев с летальным исходом) – для структурных подразделений 1 и 2 уровней – 25% от стоимости КСГ, для структурных подразделений 3 уровня – 21% от стоимости КСГ;
- в остальных случаях при длительности лечения 3 дня и менее - 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 60% от стоимости КСГ.

В случае если фактическое количество дней введения в рамках случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше соответствует количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

В случае, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

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).

Оплата прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

2.10. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев.

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

Помимо случаев перевода пациента при возникновении нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10, и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ:

- 1) проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;
- 2) 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;
- 3) этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;
- 4) проведение реинфузии аутокрови (КСГ st36.009 код услуги A16.20.078), или баллонной внутриаортальной контрпульсации (КСГ st36.010 код услуги A16.12.030), или экстракорпоральной мембранной оксигенации (КСГ st36.011 код услуги A16.10.021.001) на фоне лечения основного заболевания. Оплата данных услуг осуществляется по двум КСГ в рамках одного законченного случая: по сочетанию КСГ для оплаты лечения основного заболевания, являющегося поводом для госпитализации, и одной из вышеуказанных КСГ;
- 5) дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с

последующим родоразрешением: st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», или st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение»;

б) в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

O14.1 Тяжелая преэклампсия.

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

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

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

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

При этом если один из двух случаев лечения, оплачиваемых по двум КСГ, является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

По каждому указанному случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

В случае перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое дата начала лечения второго случая может совпадать с датой окончания лечения (датой перевода) первого случая.

При госпитализации пациента после лечения в отделении нефрологии в отделение гемодиализа, для создания доступа для диализа, оба случая подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ.

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

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

1. Стимуляция суперовуляции;
2. Получение яйцеклетки;

3. Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;

4. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

5. Дополнительно в процессе проведения процедуры ЭКО возможно осуществление криоконсервации, полученных на III этапе, эмбрионов. При этом хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

Отнесение к КСГ случаев проведения ЭКО осуществляется на основании иных классификационных критериев «ivf1»-«ivf7», отражающих проведение различных этапов ЭКО (полная расшифровка кодов ДКК представлена в Методических рекомендациях по способам оплаты).

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

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

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

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

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

Для КСГ №№ st37.001-st37.013, st37.021-st37.023 в стационарных условиях и для КСГ №№ ds37.001-ds37.008, ds37.015-ds37.016 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в

стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в Самарской области. При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. Шкала реабилитационной маршрутизации установлена порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н.

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

2.14. Случай госпитализации по профилю «медицинская реабилитация» после перенесенной пневмонии, вызванной COVID-19, выставляется (принимается) к оплате только при наличии в счетах и электронных реестрах счетов случаев оказания специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара с пневмонией, вызванной COVID-19 (U07.1; U07.2).

2.15. 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".

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

2.16. Оплата случаев лекарственной терапии по поводу хронического вирусного гепатита С осуществляется в соответствии с режимом терапии – с применением пегилированных интерферонов или препаратов прямого противовирусного действия. Учитывая,

что в настоящее время для лекарственной терапии применяются в том числе пангенотипные лекарственные препараты, при назначении которых не учитывается генотип вируса гепатита С, отнесение случая лечения к КСГ на основании генотипа нецелесообразно.

Отнесение к КСГ случаев лекарственной терапии хронического вирусного гепатита С осуществляется только по сочетанию кода диагноза по МКБ 10 и иного классификационного критерия «if» или «nif», отражающего применение лекарственных препаратов для противовирусной терапии. Детальное описание группировки указанных КСГ представлено в Методических рекомендациях по способам оплаты.

Коэффициент относительной затратоемкости для указанных КСГ приведен в расчете на усредненные затраты на 1 месяц терапии. При этом длительность терапии определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи.

2.17. Для определения длительности оказания медицинской помощи в стационарных условиях день выписки и день поступления считаются за 1 день.

Для определения длительности медицинской помощи в условиях дневных стационаров (в амбулаторных условиях, в т.ч. на дому, в стационарных условиях, за исключением медицинской помощи при применении вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения)) день поступления и день выписки считаются за 2 дня.

Длительность лечения при применении вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) определяется количеством законченных случаев (1 законченный случай равен 1 пациенто-дню). При формировании реестров счетов за медицинскую помощь, оказанную при лечении пациентов методом ЭКО, дата окончания лечения совпадает с датой его начала.

Оптимальная длительность госпитализации в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ составляет 1 день.

2.18. При направлении в медицинскую организацию, в том числе федеральную медицинскую организацию, с целью предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения в рамках оказания высокотехнологичной помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ 10 либо коду номенклатуры, являющимся основным классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

2.19. После оказания высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же медицинской организации в рамках

оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по соответствующей КСГ.

2.20. Особенности оплаты случаев лекарственной терапии злокачественных новообразований (КСГ st08.001-st08.003, st19.062-st19.074, st19.090-st19.102, ds08.001-ds08.003, ds19.037-ds19.049, ds19.063-ds19.078).

Отнесение случаев к группам st19.062-st19.074 и ds19.037-ds19.049, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у взрослых (кроме ЗНО кроветворной и лимфоидной ткани), осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» (C00-C80, C97, D00-D09) и кода схемы лекарственной терапии (sh0001 – sh9002).

За законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, указанному в столбце «Количество дней введения в тарифе» листа «Схемы лекарственной терапии» файлов «Расшифровка групп» (Приложение 8, 9 Методических рекомендаций по способам оплаты). Количество дней введения не равно числу введений, так как в один день больной может получать несколько лекарственных препаратов. Также количество дней введения не равно длительности госпитализации.

В случае если фактическое количество дней введения в рамках случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше соответствует количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

В случае, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше осуществляется аналогично прерванным случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

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

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

sh9001 или sh9002 по следующему правилу:

sh9001	Прочие схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей): C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C11, C12, C13, C15, C16, C18, C19, C20, C21, C22, C23, C24.0, C25, C30, C31, C32, C33, C34, C38.1, C38.2, C38.3, C40, C41, C43, C44, C45, C49, C51, C52, C53, C54, C56, C57, C58, C60, C61, C62, C64, C65, C66, C67, C68.0, C73, D00-D09
sh9002	Прочие схемы лекарственной терапии при иных злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей): C14, C17, C24.1, C24.8, C24.9, C26, C37, C38.0, C38.4, C38.8, C39, C46, C47, C48, C50, C55, C63, C68.1, C68.8, C68.9, C69, C70, C71, C72, C74, C75, C76, C77, C78, C79, C80, C97

Схемы с лекарственными препаратами, не включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения кодируются как sh9001 и sh9002 (в зависимости от диагноза).

В случаях применения sh9001 и sh9002 обязательно проведение экспертизы качества медицинской помощи.

Отнесение случаев лечения к КСГ st19.090-st19.102 или ds19.063-ds19.078 (лекарственная терапия взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей) осуществляется по сочетанию кода МКБ 10 (коды C81-C96, D45-D47), кода длительности госпитализации, а также, при наличии, кода МНН или АТХ группы применяемых лекарственных препаратов.

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

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

2.21. Случаи лечения пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 оплачиваются по КСГ №№ st12.015-st12.019. Выбор КСГ осуществляется по коду МКБ 10 (U07.1 или U07.2) в сочетании с кодами иного классификационного критерия: «stt1»-«stt4», отражающих тяжесть течения заболевания, или «stt5», отражающим признак долечивания пациента с коронавирусной инфекцией COVID-19. Перечень кодов «stt1»-«stt5» с расшифровкой содержится на вкладке

«ДКК» файла «Расшифровка групп».

Тяжесть течения заболевания определяется в соответствии с классификацией COVID-19 по степени тяжести, представленной во Временных методических рекомендациях «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации. Каждому уровню тяжести состояния соответствует отдельная КСГ st12.015-st12.018 (уровни 1-4):

КСГ	Наименование	Критерий
st12.015	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1)	В случае оказания медицинской помощи пациентам, не требующим искусственной вентиляции легких, при отсутствии критериев среднетяжелого и тяжелого течения
st12.016	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2)	В случае оказания медицинской помощи пациентам, находящимся в состоянии средней тяжести , не требующим искусственной вентиляции легких, исходя из наличия двух из следующих критериев: <ul style="list-style-type: none"> - $T_{\text{тела}} \geq 38^{\circ}\text{C}$ - ЧДД $> 22/\text{мин}$ - $\text{SpO}_2 < 95\%$ изменения при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения (объем поражения минимальный или средний; КТ 1-2) Дополнительными признаками среднетяжелого состояния пациента являются одышка при физических нагрузках, СРБ сыворотки крови $> 10 \text{ мг/л}$.
st12.017	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3)	В случае оказания медицинской помощи пациентам, находящимся в тяжелом состоянии , требующим проведения неинвазивной вентиляции легких, исходя из наличия двух из следующих критериев: <ul style="list-style-type: none"> - ЧДД $\geq 30/\text{мин}$ - $t \geq 39^{\circ}\text{C}$ - $\text{SpO}_2 \leq 93\%$ Дополнительными признаками тяжелого состояния пациента являются снижение уровня сознания, ажитация, нестабильные гемодинамические показатели (систолическое артериальное давление $< 90 \text{ мм рт. ст.}$, диастолическое артериальное давление $< 60 \text{ мм рт. ст.}$, диурез менее 20 мл/час), $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ мм рт.ст.}$, изменения в легких при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения (объем поражения значительный или субтотальный; КТ 3-4), лактат артериальной крови $> 2 \text{ ммоль/л}$, qSOFA > 2 балла
st12.018	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4)	В случае оказания медицинской помощи пациентам, находящимся в крайне тяжелом состоянии , характеризующимся наличием двух из следующих критериев: <ul style="list-style-type: none"> - Нарушение сознания; - $\text{SpO}_2 < 92\%$ (на фоне кислородотерапии); - ЧДД $> 35/\text{мин}$. Дополнительными признаками крайне тяжелого состояния

		являются - стойкая фебрильная лихорадка, ОРДС, ОДН с необходимостью респираторной поддержки (инвазивной вентиляции легких), септический шок, полиорганная недостаточность, изменения в легких при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения критической степени (объем поражения значительный или субтотальный; КТ 4) или картина ОРДС
--	--	--

Коэффициенты относительной затратоемкости по КСГ st12.016-st12.018 (уровни 2-4), соответствующим случаям среднетяжелого, тяжелого и крайне тяжелого лечения, учитывают период долечивания пациента.

Правила оплаты госпитализаций в случае перевода на долечивание:

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

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

- в амбулаторных условиях – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в общем порядке, определенным Тарифным соглашением.

3. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

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

За единицу объема (вызов скорой медицинской помощи) оплачиваются

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

– вызов скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии (в пределах объемов, установленных решением Комиссии по разработке ТП ОМС);

– вызов скорой медицинской помощи за пределами зоны ответственности станций скорой медицинской помощи (территории обслуживания ССМП). Территория обслуживания ССМП устанавливается министерством здравоохранения Самарской области.

Тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи определяются Тарифным соглашением.

3.1.1. В структуре станции скорой медицинской помощи могут создаваться отделения неотложной медицинской помощи для оказания неотложной медицинской помощи больным с заболеванием новой коронавирусной инфекцией и(или) с подозрением на заболевание новой коронавирусной инфекции.

Финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной в неотложной форме выездными бригадами отделения неотложной медицинской помощи в структуре станции скорой медицинской помощи больным с заболеванием новой коронавирусной инфекцией и(или) с подозрением на заболевание новой коронавирусной инфекции не входит в подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи;

3.2. Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определяется исходя из величины дифференцированного подушевого норматива, численности обслуживаемого населения, а также объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов.

Для определения численности обслуживаемого населения используется информация об адресе регистрации в РС ЕРЗ.

3.3. Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций рассчитывается по следующей формуле:

$$ДПн^i = ФО_{СР}^{СМП} \times Пр_{СМП} \times КС_{СМП}^i, \text{ где:}$$

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

$ФО_{СР}^{СМП}$ размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей

$Пр_{СМП}$ коэффициент приведения скорой медицинской помощи

$КС_{СМП}^i$ коэффициент специфики оказания скорой медицинской помощи

i-той медицинской организацией.

Размеры среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в расчете на одно застрахованное лицо, коэффициента приведения скорой медицинской помощи, коэффициента специфики оказания скорой медицинской помощи i-той медицинской организацией указаны в Приложениях 22, 24 Тарифного соглашения.

Коэффициент специфики оказания скорой медицинской помощи i-той медицинской организацией равен половозрастному коэффициенту дифференциации подушевого норматива, учитывающему половозрастной состав населения, проживающего в зоне обслуживания медицинской организации

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций, рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи.

3.4. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, одной ССМП (далее - ССМП-Исполнитель) на территории обслуживания другой ССМП (далее - ССМП-Заказчик), осуществляется СМО за счет средств ССМП-Заказчика, полученных им в рамках подушевого норматива финансирования. Ежемесячно при формировании актов сверки расчетов за отчетный период СМО уменьшает сумму окончательного расчета с ССМП-Заказчиком на разницу в стоимости вызовов скорой медицинской помощи, оказанной ССМП-Исполнителем скорой медицинской помощи на территории, закрепленной за ССМП-Заказчиком, по тарифам, установленным Тарифным соглашением, с учетом результатов медико-экономической экспертизы по письмам-отказам медицинских организаций.

Расходы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, ССМП-Исполнителем на территории обслуживания ССМП-Заказчика, не учитываются при анализе исполнения объемов предоставления медицинской помощи ССМП-Исполнителя.

4. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа.

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

– за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации в круглосуточный стационар, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

4.2. В целях учета выполненных объемов медицинской помощи, а также своевременного возмещения расходов, связанных с оказанием диализа, за единицу объема при оказании программного гемодиализа в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения, при оказании перитонеального диализа в амбулаторных условиях лечение в течение одного месяца учитывается как одно обращение, в условиях круглосуточного стационара к законченному случаю относится лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

4.3. Учитывая постоянный характер проведения заместительной почечной терапии рекомендуется:

- при проведении лечения методом перитонеального диализа пациентам с ХБП 5«д» ст. ведение одной амбулаторной карты (учетная форма № 025/у) в течение всего срока лечения (в том числе и в случае ведения электронной амбулаторной карты), несмотря на количество законченных случаев лечения по данной нозологии у конкретного пациента (с момента начала проведения диализа до перевода на иной вид заместительной почечной терапии).

- при проведении лечения методом программного гемодиализа ведение медицинской карты стационарного больного № 003/у в условиях дневного стационара - с момента начала лечения в течение одного календарного года. При оформлении медицинской карты стационарного больного оформляются протоколы проведения процедуры гемодиализа, которые считаются дневником врача дневного стационара.

Ежемесячно, при проведении лечения методом перитонеального диализа (в учетной форме № 025/у) и проведении лечения методом программного гемодиализа (в медицинской карте стационарного больного № 003/у) в течение календарного года оформляются этапные эпикризы.

4.4. Применение лекарственных препаратов для лечения и профилактики осложнений диализа (эритропоз стимулирующих препаратов, препаратов железа, фосфат связывающих веществ, кальцимитетики, препаратов витамина Д и др.) является составной частью технологического процесса комплексного лечения пациентов, находящихся на заместительной почечной терапии методами диализа в дневном стационаре. Указанные расходы подлежат возмещению по КСГ ds18.002 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ».

Счет на оплату по КСГ ds18.002 выставляется один раз в месяц, при этом стоимость процедур диализа, с учетом количества фактически выполненных услуг в условиях дневного стационара, прибавляется в рамках одного случая лечения.

Перечень услуг, возможных для применения в рамках терапии по КСГ ds18.002:

A25.28.001.001 - назначение лекарственной терапии с применением препаратов железа, больным с почечной недостаточностью, в том числе находящимся на диализе;

A25.28.001.002 - назначение лекарственной терапии с применением антианемических средств (стимуляторов эритропоэза), больным с почечной недостаточностью, в том числе находящимся на диализе;

A25.28.001.003 - назначение лекарственной терапии с применением антипаратиреоидных средств, больным находящимся на диализе;

A25.28.001.004 - назначение лекарственной терапии с применением препаратов витамина D и его аналогов, больным с почечной недостаточностью, в том числе находящимся на диализе;

A25.28.001.005 - назначение лекарственной терапии с применением аминокислот, включая комбинации с полипептидами, больным с почечной недостаточностью, в том числе находящимся на диализе;

A25.28.001.006 - назначение лекарственной терапии с применением препаратов для лечения гиперкальциемии, гиперкалиемии и гиперфосфатемии больным с почечной недостаточностью, в том числе находящимся на диализе.

Формирование подгрупп КСГ ds18.002 по входящим в нее услугам (назначению лекарственной терапии) отражено в таблице:

код услуги / подгруппа КСГ	ds18.002.1	ds18.002.2	ds18.002.3	ds18.002.4
	перечень услуг в подгруппах КСГ			
A25.28.001.001	+	+	+	+
A25.28.001.002	+	+	+	+
A25.28.001.003	0	0	+	+
A25.28.001.004	0	+	+	+
A25.28.001.005	0	0	0	0
A25.28.001.006	0	0	0	+
возможное сочетание услуг в подгруппе КСГ	одна или две из двух	две или три из трех с обязательным присутствием A25.28.001.004	любое сочетание с обязательным присутствием A25.28.001.003	любое сочетание с обязательным присутствием A25.28.001.006

Информация о проведенном в течение месяца лечении по КСГ ds18.002 с указанием подгруппы отражается в обязательном порядке в этапном эпикризе.

4.5. Формирование пациентам с ХБП 5 «д», находящимся на лечении методом программного гемодиализа в условиях дневного стационара, сосудистого доступа с имплантацией центрального венозного катетера (ЦВК) различного типа, осуществляется в условиях дневного стационара или круглосуточного стационара (при необходимости круглосуточного наблюдения за пациентом) с оформлением отдельной медицинской карты стационарного больного и выставлением отдельного счета на оплату по соответствующей КСГ

по формированию, имплантации или удалению доступа для диализа. В случае нахождения пациента на лечении в условиях круглосуточного стационара, связанного с иным заболеванием, течение которого требует проведения процедур гемодиализа, формирование временного сосудистого доступа с использованием ЦВК осуществляется в рамках основной КСГ и отдельно не выставляется.

Госпитализация для формирования временного сосудистого доступа по неотложным или экстренным показаниям может осуществляться по направлению медицинской организации, оказывающей медицинские услуги по проведению заместительной почечной терапии с предоставлением выписки из карты стационарного больного с рекомендациями по необходимости формирования временного сосудистого доступа.

4.6. В случае выполнения услуги диализа при сепсисе, септическом шоке, полиорганной недостаточности, печеночной недостаточности, острых отравлениях, остром некротическом панкреатите, остром рабдомиолизе и других миоглобинурических синдромах, парапротеинемических гемобластозах, жизнеугрожающих обострениях аутоиммунных заболеваний, Тарифным соглашением установлены тарифы на следующие услуги для осуществления дополнительной оплаты услуг к стоимости КСГ:

A18.05.001.001 Плазмообмен;

A18.05.001.004 Плазмофильтрация каскадная;

4.7. Пациент с острой почечной недостаточностью, при возникновении показаний к диализу может быть направлен медицинской организацией, в которой он получает лечение в условиях круглосуточного стационара, в другую медицинскую организацию для предоставления отдельных услуг диализа. В этом случае услуги диализа считаются предоставленными также в условиях круглосуточного стационара. Для начала процедур пациенту выдается направление медицинской организацией, в которой он получает лечение в условиях круглосуточного стационара, а также предоставляется медицинская карта стационарного больного (доставляется сопровождающим медицинским работником) при обращении за каждой процедурой диализа.

4.8. При оказании отдельных услуг диализа в условиях круглосуточного стационара по поводу острой почечной недостаточности питание пациенту предоставляется только в направившей медицинской организации.

5. Оплата случаев долечивания (реабилитации) в условиях санатория непосредственно после стационарного лечения в медицинских учреждениях Самарской области.

5.1. Долечивание (реабилитации) в условиях санатория непосредственно после стационарного лечения в медицинских учреждениях Самарской области (далее - долечивание в

условиях санатория) оплачивается за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико–статистические группы заболеваний), по тарифам, установленным Тарифным соглашением.

5.2. Перечень КСГ и средняя длительность долечивания в условиях санатория представлены в Приложении 3 Регламента. Отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10.

5.3. В случае прерывания лечения выставленная сумма электронных реестров счетов на оплату медицинской помощи определяется с учетом фактической длительности (пропорционально количеству койко–дней).

В случае реэвакуации застрахованного лица в стационар в связи с ухудшением состояния здоровья во время долечивания в условиях санатория, последующая медицинская реабилитация застрахованного лица осуществляется в условиях дневного стационара, по направлению медицинской организации, выбранной застрахованным лицом для оказания первичной медико–санитарной помощи в соответствии с действующим законодательством.

5.4. Для определения длительности долечивания в условиях санатория день поступления и день выписки считаются за 2 дня.

6. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи.

6.1. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется по тарифам на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, соответствующим нормативным затратам, установленным Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 N 2299 (далее - Программа).

6.2. Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень).

В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий

6.3. При оплате ВМП применение коэффициента изменения тарифа, отличного от 1, не допускается. Оплата случаев оказания ВМП в размере меньшем установленного тарифа возможно исключительно по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

7. Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи, с учётом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объёма медицинской помощи).

Подушевой норматив финансирования включает расходы медицинской организации на часть объема собственной деятельности, определяется на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара (за исключением скорой медицинской помощи), с учётом критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи.

В рамках подушевого норматива финансирования в пределах объемов, установленных решением Комиссии, оплачивается медицинская помощь, оказанная

в амбулаторных условиях в плановой и неотложной форме, по обращению по заболеванию или посещению с профилактическими и иными целями, за исключением:

– расходов на оплату проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;

– средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

– расходов на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме (в том числе в приемных отделениях стационаров без последующей госпитализации, травматологических пунктах)⁷,

– расходов на медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторных условиях, по профилю «стоматология», «дерматология»,

⁷Разделы прейскуранта на амбулаторно-поликлинические услуги 2.2 «Неотложная медицинская помощь», раздел 3 Прейскуранта на услуги неотложной медицинской помощи, оказываемые в травматологических пунктах Самарской области, а также медицинская помощь, оказанная в неотложной форме в приемном отделении (приемном покое) стационара МО без последующей в течение одних суток госпитализации.

–расходов на первичную медико-санитарную помощь, оказываемую в Центрах здоровья;

–расходов на оплату диализа;

–расходов на оплату третьего этапа медицинской реабилитации при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях.

в условиях круглосуточного стационара, за исключением:

- расходов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи;
- расходов на оказание медицинской помощи по профилю "Онкология";
- расходов на оказание специализированной медицинской помощи больным с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 (U07.1; U07.2);

в условиях дневного стационара, за исключением:

- расходов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи;
- расходов на оплату диализа;
- расходов на оказание медицинской помощи по профилю "Онкология";
- расходов на оказание специализированной медицинской помощи больным с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 (U07.1; U07.2).

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи, оказываемой по всем видам и условиям медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи) в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, в размере 10% от месячной суммы подушевого финансирования. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций и критерии оценки деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям медицинской помощи, определяется Приложением 19 ТС. Оценка медицинских организаций с целью осуществления выплат при достижении целевых значений показателей результативности осуществляется ежемесячно.

На основе средних подушевых нормативов финансирования медицинской помощи, оказываемой по всем видам и условиям медицинской помощи, рассчитываются дифференцированные подушевые нормативы для медицинских организаций по следующим формулам:

$$ДП_{ни\ общ} = ДП_{ни\ апп} + ДП_{ни\ кс} + ДП_{ни\ дс}, \text{ где}$$

ДПн_і общ - дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания (за исключением скорой медицинской помощи) *i* -той медицинской организации, рублей.

$$\text{ДПн}_{\text{і апп}} = \text{ПНбаз}_{\text{апп}} \times \text{КУмо}_{\text{і апп}} \times \text{КС}_{\text{і апп}} \times \text{КДот}_{\text{і}}, \text{ где}$$

ДПн _{і апп}	дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической помощи <i>i</i> -той медицинской организации, рублей;
ПНбаз _{апп}	средний подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической помощи, рублей;
КУмо _{і апп}	коэффициент уровня оказания амбулаторной медицинской помощи, к которому относится <i>i</i> -тая медицинская организация;
КС _{і апп}	коэффициент специфики оказания амбулаторной медицинской помощи, определенный для <i>i</i> -той медицинской организации;
КДот _і	коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание, определенный для <i>i</i> -той медицинской организации.

$$\text{ДПн}_{\text{і кс}} = \text{ПНбаз}_{\text{кс}} \times \text{КС}_{\text{і кс}} \times \text{КУмо}_{\text{і кс}}, \text{ где}$$

ДПн _{і кс}	дифференцированный подушевой норматив финансирования стационарной помощи <i>i</i> -той медицинской организации, рублей
ПНбаз _{кс}	средний подушевой норматив финансирования стационарной помощи, рублей
КС _{і кс}	коэффициент специфики оказания стационарной медицинской помощи, определенный для <i>i</i> -той медицинской организации
КУмо _{і кс}	коэффициент уровня оказания стационарной помощи, к которому относится <i>i</i> -тая медицинская организация

$$\text{ДПн}_{\text{і дс}} = \text{ПНбаз}_{\text{дс}} \times \text{КС}_{\text{і дс}} \times \text{КУмо}_{\text{і дс}}, \text{ где}$$

ДПн _{і дс}	дифференцированный подушевой норматив финансирования помощи в дневном стационаре <i>i</i> -той медицинской организации, рублей;
ПНбаз _{дс}	средний подушевой норматив финансирования помощи в дневном стационаре, рублей;
КС _{і дс}	коэффициент специфики оказания медицинской помощи в дневном стационаре, определенный для <i>i</i> -той медицинской организации.
КУмо _{і дс}	коэффициент уровня оказания стационарозамещающей помощи, к которому относится <i>i</i> -тая медицинская организация

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

$$\text{ПК} = \frac{\sum (\text{ДПн}_{\text{і общ}} \times \text{Чз}_{\text{і}})}{(\text{ПНбаз}_{\text{апп}} + \text{ПНбаз}_{\text{кс}} + \text{ПНбаз}_{\text{дс}}) \times \text{Чз}}, \text{ где}$$

Чз _і	численность застрахованных лиц, прикрепленных к <i>i</i> -той медицинской организации, человек;
-----------------	---

ЧЗ	общая численность застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям, человек
----	---

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

$$\Phi_{\text{ДПН}i} = \frac{\text{ДПН}i \text{ общ}}{\text{ПК}}$$

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

$$OS_{\text{пн}} = \Phi_{\text{ДПнi}} \times \chi_{\text{зи}} \times (1 - \text{Дрд}) + OS_{\text{рд}}, \text{ где}$$

ОСПН	финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, рублей
------	---

ФДПні	фактический дифференцированный подушевой норматив i -той медицинской организации, рублей;
-------	---

Дрд доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности;

ОСрд размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, рублей.

В начале каждого месяца, не позднее 5 рабочих дней, ТФОМС рассчитывает

- поправочный коэффициент (ПК) на расчетный месяц,
- фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской организации;
- объем средств, направляемых на выплату медицинской организации в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности;
- определяет и доводит до сведения медицинских организаций и СМО численность прикрепленных застрахованных лиц, размер подушевого финансирования, определенный МО для каждой СМО в соответствии с долей затрат в общем объеме принятых к оплате реестров медицинских услуг, оплачиваемых медицинской организации в рамках подушевого финансирования по результатам медико-экономического контроля за отчетный месяц (по состоянию на первое число месяца).

Перечень медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, с учётом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объёма медицинской помощи), указан в Приложении 6 ТС.

При проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оплачиваемой по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания:

- сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, оплачиваемой по подушевому принципу, - удерживается из объема подушевого финансирования или подлежит возврату в СМО;
- сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, - не учитывается при формировании финансового результата, не отражается в акте сверки, подтверждающего сумму окончательного расчета между СМО и МО за отчетный месяц расчетов, и в отчетной форме ЗПЗ.

Результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи учитываются при анализе исполнения территориальной программы ОМС, а также при формировании (корректировке) объемов предоставления медицинской помощи медицинской организации на следующий период.

8. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, реализовавшим свое право на выбор (замену) СМО на территории других субъектов Российской Федерации.

8.1. Порядок выбора медицинской организации на территории Самарской области застрахованными лицами, реализовавшими свое право на выбор (замену) СМО на территории других субъектов Российской Федерации, регламентируется Приказом Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. N 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи», Приказом Министерства здравоохранения РФ от 2 декабря 2014 г. № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи», а также другими нормативными актами.

8.2. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, реализовавшим свое право на выбор (замену) СМО на территории других субъектов Российской Федерации, в МО Самарской области, участвующих в системе ОМС, осуществляется ТФОМС в порядке, установленном Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, на условиях и в сроки, оговоренные в Договоре на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях застрахованным лицам, реализовавшим свое право на выбор (замену) страховой медицинской организации за пределами Самарской области, осуществляется ТФОМС Самарской области:

- при наличии направления медицинской организации, расположенной на территории субъекта Российской Федерации по месту страхования;

- при наличии направления медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь и включенной в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе ОМС Самарской области (при условии прикрепления гражданина в соответствии с действующим законодательством), - за отдельные диагностические (лабораторные) исследования (КТ, МТР, УЗИ сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии; тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции COVID-19) (далее – ОД(Л)И);

– при оказании медицинской помощи в неотложной форме - за медицинскую услугу, по разделу 2.2 «Неотложная медицинская помощь», разделу 3 «Неотложная помощь в травматологических пунктах» Прейскуранта на первичную медико-санитарную помощь и исследования, оказываемую в амбулаторных условиях, Прейскуранта на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований, а также за медицинские услуги, оказанные в приемном отделении (приемном покое) стационара без последующей в течение одних суток госпитализации;

– в случае самостоятельного обращения застрахованного лица в связи с заболеванием: за посещение (разовое), за обращение (законченный случай).

Оплата амбулаторной медицинской помощи, за исключением ОД(Л)И, по направлению медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Самарской области, осуществляется этой медицинской организацией путем проведения межучрежденческих расчетов, в том числе на основании заключенных между медицинскими организациями договоров.

9. Отдельные вопросы оплаты медицинской помощи.

9.1. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией электронных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи и финансовых средств, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия).

9.2. Оплата медицинской помощи производится по тарифам, действующим в системе ОМС Самарской области на дату оказания (окончания) услуги.

Возраст пациента определяется на дату поступления в медицинскую организацию.

Не подлежит оплате по результатам МЭК медицинская помощь, оказанная застрахованному лицу после даты его смерти (по сведениям ЗАГС), за исключением лабораторных исследований (в случае даты начала лечения раньше даты смерти), гистологических и цитологических исследований, посещений с целью констатации смерти.

9.3. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам при контакте с больными и возможности заражения другими инфекционными болезнями, осуществляется при условии заполнения в реестрах оказанной медицинской помощи основного диагноза кодом МКБ 10 Z20.8, диагноза первичного – значением инфекционного заболевания.

9.4. Оплата медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, в рамках реализации

территориальной программы обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с Тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования Самарской области.

Приложение 1

к Регламенту применения способов оплаты медицинской помощи
и взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования

**Доля заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема
высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы
обязательного медицинского страхования**

№ группы ВМП	Доля заработной платы	№ группы ВМП	Доля заработной платы
1 группа	19%	30 группа	33%
2 группа	26%	31 группа	37%
3 группа	33%	32 группа	22%
4 группа	38%	33 группа	33%
5 группа	21%	34 группа	21%
6 группа	30%	35 группа	34%
7 группа	7%	36 группа	55%
8 группа	49%	37 группа	48%
9 группа	32%	38 группа	42%
10 группа	47%	39 группа	53%
11 группа	27%	40 группа	45%
12 группа	24%	41 группа	33%
13 группа	19%	42 группа	47%
14 группа	17%	43 группа	17%
15 группа	16%	44 группа	14%
16 группа	36%	45 группа	36%
17 группа	28%	46 группа	51%
18 группа	21%	47 группа	17%
19 группа	29%	48 группа	15%
20 группа	31%	49 группа	24%
21 группа	54%	50 группа	32%
22 группа	35%	51 группа	29%
23 группа	36%	52 группа	43%
24 группа	34%	53 группа	8%
25 группа	33%	54 группа	28%
26 группа	25%	55 группа	31%
27 группа	19%	56 группа	31%
28 группа	43%	57 группа	16%
29 группа	34%	58 группа	31%

Приложение 2

к Регламенту применения способов оплаты медицинской помощи
и взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования

**Перечень КСГ круглосуточного стационара, оплата которых осуществляется в
полном объеме при длительности лечения менее 3 дней включительно**

№ КСГ	Наименование КСГ
st02.001	Осложнения, связанные с беременностью
st02.002	Беременность, закончившаяся абортным исходом
st02.003.1**	Родоразрешение - (уровень затрат 1) (O21.0,O21.1,O21.2,O21.8,O21.9,O22.0,O22.1,O22.2,O22.3,O22.4,O22.5,O22.8,O22.9,O23.0,O23.1,O23.2,O23.3,O23.4,O23.5,O23.9,O24.0,O24.1,O24.2,O24.3,O24.4,O24.9,O25.0,O26.0,O26.1,O26.2,O26.3,O26.4,O26.5,O26.7,O26.8,O26.9,O28.0,O28.1,O28.2,O28.3,O28.4,O28.5,O28.8,O28.9,O29.0,O29.1,O29.2,O29.3,O29.4,O29.5,O29.6,O29.8,O29.9,O30.0,O30.1,O30.2,O30.8,O30.9,O31.0,O31.1,O31.2,O31.8,O35.0,O35.1,O35.2,O35.3,O35.4,O35.5,O35.6,O35.7,O35.8,O35.9,O36.0,O36.1,O36.2,O36.3,O36.4,O36.5,O36.6,O36.8,O36.9,O40.0,O41.0,O41.8,O41.9,O43.0,O43.1,O43.2,O43.8,O43.9,O44.0,O46.8,O46.9,O47.0,O47.1,O47.9,O48.0,O61.0,O61.1,O61.8,O61.9,O62.8,O62.9,O65.4,O65.8,O65.9,O66.3,O66.4,O66.5,O66.8,O66.9,O68.0,O68.1,O69.0,O69.1,O69.2,O69.3,O69.9,O70.0,O70.1,O70.9,O71.4,O73.0,O80.0,O80.1,O80.8,O80.9,O81.0,O81.1,O81.2,O81.3,O81.4,O81.5,O83.0,O83.1,O83.2,O83.8,O83.9,O84.0,O98.0,O98.1,O98.2,O98.3,O98.4,O98.5,O98.6,O98.8,O98.9,O99.2,O99.6,O99.7,O99.8)
st02.004.1	Кесарево сечение
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)
st03.002	Ангинефротический отек, анафилактический шок
st05.008	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе*
st08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети*
st08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
st08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
st12.010	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые (с 01.01.2021)
st12.011	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети (с 01.01.2021)
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень1)*
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
st16.005	Сотрясение головного мозга
st19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
st19.038	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований

№ КСГ	Наименование КСГ
st19.062	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
st19.063	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
st19.064	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
st19.065	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
st19.066	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
st19.067	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
st19.068	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
st19.069	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
st19.070	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
st19.071	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
st19.072	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*
st19.073	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*
st19.074	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
st19.082	Лучевая терапия (уровень 8)
st19.090	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения (уровень 1)
st19.094	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
st19.097	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
st19.100	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4)
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)

№ КСГ	Наименование КСГ
st21.005.1	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.005.2	Операции на органе зрения (уровень 5). Интравитреальное введение лекарственного препарата "имплантат Дексаметазон".
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
st27.012.1	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1). Отравления другими и неуточненными лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами. Токсические действие этанола и/или спирта неуточненного. Коды МКБ 10: T50.9 T51.0 T51.9
st27.012.2**	Отравления и другие воздействия внешних причин. (Коды МКБ10: R50.2 R57.1 R57.8 R57.9 T36-T53.9 T55-T69.9 T71 T73-T76 T78-T78.9 T88-T88.9 T96-T98.3)
st30.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
st30.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
st30.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
st30.012	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
st30.014	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
st31.017	Доброкачественные новообразования, новообразования insitu кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
st32.002	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
st32.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
st32.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
st35.008.2	Другие нарушения обмена веществ (для детей с применением лекарственного препарата Себелипаза альфа)
st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
st36.003.1	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов*
st36.003.2**	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (для детей с применением препарата Дупилумаб (L20.8))
st36.003.3**	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (для детей с применением препарата Тоцилизумаб 200мг (M08, M08.1, M08.2, M08.3))
st36.003.4**	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (для детей с применением препарата Тоцилизумаб 280мг (M08, M08.1, M08.2, M08.3))
st36.003.5**	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (для детей с применением препарата Тоцилизумаб 480мг (M08, M08.1, M08.2, M08.3))
st36.003.6**	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (для детей с применением препарата Абатацепт (M08, M08.1, M08.2, M08.3))
st36.003.7**	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (для детей с применением препарата Адалиумаб (M08, M08.1, M08.2, M08.3))
st36.003.8**	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (для детей с применением препарата Этанерцепт (M08, M08.1, M08.2, M08.3))
st36.003.9**	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (с применением препарата Омализумаб 150мг (J45))

№ КСГ	Наименование КСГ
st36.003.10**	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (с применением препарата Омализумаб 300мг (J45))
st36.003.11**	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (с применением препарата Омализумаб 450мг (J45))
st36.003.12**	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (с применением препарата Омализумаб 600мг (J45))
st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация

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

<*> с 01.10.2021 г.

Приложение 3

к Регламенту применения способов оплаты медицинской помощи
и взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования

Перечень КСГ и средняя длительность долечивания (реабилитации) жителей Самарской области в условиях санатория непосредственно после стационарного лечения в медицинских учреждениях Самарской области

№ КСГ	Шифры заболеваний по МКБ-10	Наименование КСГ	Средняя длительность долечивания (реабилитации)
321004	I21 I22	Долечивание (реабилитация) больных после острого инфаркта миокарда в условиях санатория	21,0
321006	I05-I08 I20.0 I20.8 I21 I22 I25 I33 - I37 I42 I51.0-I51.2 I71-I71.2 Q20.0-Q25.7	Долечивание (реабилитация) больных, перенесших операции на сердце и магистральных сосудах, в условиях санатория	21,0
321007	I63	Долечивание (реабилитация) больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ишемический инсульт) в условиях санатория	14,0
321008	I60 I61.0	Долечивание (реабилитация) больных с острым нарушением мозгового кровообращения (геморрагический инсульт) в условиях санатория	21,0

Приложение 4

к Регламенту применения способов оплаты медицинской помощи
и взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования

**Случаи, для которых рекомендовано применение
коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП) в условиях круглосуточного
стационара**

№	Модель пациента	Норматив
101	Предоставление спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний)	1,2
102	Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента: <ul style="list-style-type: none"> – Сахарный диабет типа 1 и 2; – Заболевания, включенные в Перечень редких (орфанных) заболеваний, размещенный на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации *; – Рассеянный склероз (G35); – Хронический лимфоцитарный лейкоз (C91.1); – Состояния после трансплантации органов и (или) тканей (Z94.0; Z94.1; Z94.4; Z94.8); – Детский церебральный паралич (G80); – ВИЧ/СПИД, стадии 4Б и 4В, взрослые (B20 – B24); – Перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции, дети (Z20.6). 	1,5
103	<p>Проведение однотипных операций на парных органах:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 15%;"> A16.03.022.002 A16.03.022.004 A16.03.022.005 A16.03.022.006 A16.03.024.005 A16.03.024.007 A16.03.024.008 A16.03.024.009 A16.03.024.010 A16.03.033.002 A16.04.014 A16.12.006 A16.12.006.001 A16.12.006.002 A16.12.006.003 A16.12.008.001 A16.12.008.002 A16.12.012 A16.20.032.007 A16.20.103 A16.20.043.001 A16.20.043.002 </div> <div style="width: 85%;"> Остеосинтез титановой пластиной Интрамедуллярный стержневой остеосинтез Остеосинтез с использованием биодеградируемых материалов Интрамедуллярный блокируемый остеосинтез Реконструкция кости. Остеотомия кости с использованием комбинированных методов фиксации Реконструкция кости. Корректирующая остеотомия при деформации стоп Реконструкция кости. Корректирующая остеотомия бедра Реконструкция кости. Корректирующая остеотомия голени Реконструкция кости при ложном суставе бедра Наложение наружных фиксирующих устройств с использованием дистракционного аппарата внешней фиксации Артропластика стопы и пальцев ноги Разрез, иссечение и закрытие вен нижней конечности Удаление поверхностных вен нижней конечности Подапоневротическая перевязка анастомозов между поверхностными и глубокими венами голени Диссекция перфорантных вен с использованием видеоэндоскопических технологий Эндартерэктомия каротидная Эндартерэктомия каротидная с пластикой Перевязка и обнажение варикозных вен Резекция молочной железы субтотальная с маммопластикой и эндопротезированием Отсроченная реконструкция молочной железы с использованием эндопротеза Мастэктомия подкожная с одномоментной алломаммопластикой Мастэктомия подкожная с одномоментной алломаммопластикой с различными вариантами кожно-мышечных лоскутов </div> </div>	1,3

№	Модель пациента		Норматив
	A16.20.043.003	Мастэктомия радикальная с односторонней пластикой молочной железы с применением микрохирургической техники	
	A16.20.043.004	Мастэктомия расширенная модифицированная с пластическим закрытием дефекта грудной стенки	
	A16.20.045	Мастэктомия радикальная подкожная с алломаммопластикой	
	A16.20.047	Мастэктомия расширенная модифицированная с пластическим закрытием дефекта грудной стенки различными вариантами кожно-мышечных лоскутов	
	A16.20.048	Мастэктомия радикальная с реконструкцией TRAM-лоскутом	
	A16.20.049.001	Мастэктомия радикальная по Маддену с реконструкцией кожно-мышечным лоскутом и эндопротезированием	
	A16.26.007	Пластика слезных точек и слезных канальцев	
	A16.26.011	Зондирование слезных канальцев, активация слезных точек	
	A16.26.013	Удаление халязиона	
	A16.26.014	Удаление контагиозного моллюска, вскрытие малых ретенционных кист век и конъюнктивы, ячменя, абсцесса века	
	A16.26.018	Эпиляция ресниц	
	A16.26.019	Устранение эпикантуса	
	A16.26.020	Устранение энтропиона или эктропиона	
	A16.26.021	Коррекция блефароптоза	
	A16.26.021.001	Устранение птоза	
	A16.26.022	Коррекция блефарохлазиса	
	A16.26.023	Устранение блефароспазма	
	A16.26.025	Удаление новообразования века	
	A16.26.026	Ушивание раны века	
	A16.26.028	Миотомия, тенотомия глазной мышцы	
	A16.26.034	Удаление инородного тела конъюнктивы	
	A16.26.075	Склеропластика	
	A16.26.075.001	Склеропластика с использованием трансплантатов	
	A16.26.079	Реваскуляризация заднего сегмента глаза	
	A16.26.093.002	Фактоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы	
	A16.26.094	Имплантация интраокулярной линзы	
	A16.26.147	Ретросклеропломбирование	
	A22.26.004	Лазерная корепраксия, дисцизия задней капсулы хрусталика	
	A22.26.005	Лазерная иридэктомия	
	A22.26.006	Лазергониотрабекулопунктура	
	A22.26.007	Лазерный трабекулоспазис	
	A22.26.009	Фокальная лазерная коагуляция глазного дна	
	A22.26.010	Панретинальная лазерная коагуляция	
	A22.26.019	Лазерная гониодесцеметопунктура	
	A22.26.023	Лазерная трабекулопластика	
104	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет) (в том числе, включая консультацию врача-гериатра)**		1,0
105	Развертывание индивидуального поста		1,2
106	Проведение сочетанных (симультанных) хирургических вмешательств, выполняемых во время одной госпитализации		1,3
	Операция 1	Операция 2	
	A16.12.009	Тромбэндартерэктомия	Ангиография бедренной артерии прямая, обеих сторон
	A16.12.009.001	Тромбозэктомия из сосудистого протеза	Ангиография бедренной артерии прямая, обеих сторон
	A16.12.038.006	Бедренно - подколенное шунтирование	Ангиография бедренной артерии прямая, обеих сторон
	A16.12.009.001	Тромбозэктомия из сосудистого протеза	Баллонная ангиопластика подвздошной артерии
	A16.12.009.001	Тромбозэктомия из сосудистого протеза	Установка стента в сосуд
	A16.12.038.006	Бедренно-	Баллонная

№	Модель пациента			Норматив
		подколенное шунтирование		ангиопластика подвздошной артерии
A16.12.019.001	Ревизия бедренных артерий	A16.12.026.018		Баллонная ангиопластика подвздошной артерии
A16.12.019.001	Ревизия бедренных артерий	A16.12.028		Установка стента в сосуд
A16.12.019.001	Ревизия бедренных артерий	A16.12.026		Баллонная вазодилатация
A16.12.011.008	Пластика глубокой бедренной артерии	A16.12.026.018		Баллонная ангиопластика подвздошной артерии
A16.12.011.008	Пластика глубокой бедренной артерии	A16.12.028		Установка стента в сосуд
A16.12.011.008	Пластика глубокой бедренной артерии	A16.12.026		Баллонная вазодилатация
A16.12.008.001	Эндартерэктомия каротидная	A06.12.005		Ангиография внутренней сонной артерии
A16.12.038.008	Сонно-подключичное шунтирование	A06.12.007		Ангиография артерий верхней конечности
A16.12.009	Тромбэндартерэктомия	A16.12.026.018		прямая Баллонная ангиопластика подвздошной артерии
A16.12.009	Тромбэндартерэктомия	A16.12.028		Установка стента в сосуд
A16.12.038.006	Бедренно - подколенное шунтирование	A16.12.026.002		Баллонная ангиопластика подколенной артерии и магистральных артерий голени
A16.12.038.006	Бедренно - подколенное шунтирование	A16.12.026.004		Баллонная ангиопластика со стентированием подколенной артерии и магистральных артерий голени
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности	A16.30.001		Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности	A16.30.001.001		Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности	A16.30.001.002		Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.002		Оперативное лечение пупочной грыжи
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.002.001		Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.002.002		Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов

№	Модель пациента				Норматив
	A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.003	Оперативное лечение колоупочной грыжи	
	A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки	
	A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов	
	A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи	
	A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий	
	A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов	
	A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.003	Оперативное лечение колоупочной грыжи	
	A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки	
	A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов	
	A16.14.009.001	Холецистэктомия малотравматичная	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи	
	A16.14.009.001	Холецистэктомия малотравматичная	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий	
	A16.14.009.001	Холецистэктомия малотравматичная	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов	
	A16.14.009.001	Холецистэктомия малотравматичная	A16.30.003	Оперативное лечение колоупочной грыжи	
	A16.14.009.001	Холецистэктомия малотравматичная	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки	
	A16.14.009.001	Холецистэктомия малотравматичная	A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов	
	A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов	
	A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий	

№	Модель пациента		Норматив
	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
	A16.30.003	Оперативное лечение околопупочной грыжи	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи
	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи
	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи	Фундопликация лапароскопическая
	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи	Пластика диафрагмы с использованием видеоэндоскопических технологий
	A16.09.026.004	Пластика диафрагмы с использованием видеоэндоскопических технологий	Бужирование пищевода эндоскопическое
	A16.09.026.004	Пластика диафрагмы с использованием видеоэндоскопических технологий	Эндоскопическая кардиодилатация пищевода баллонным кардиодилататором
	A16.30.005.003	Устранение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с использованием видеоэндоскопических технологий	Лапароскопическая диафрагмопексия

№	Модель пациента			Норматив
	A16.30.005.003	Устранение грыжи пищевода отверстия диафрагмы с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.16.033.001	Фундопликация лапароскопическая
	A16.30.005.003	Устранение грыжи пищевода отверстия диафрагмы с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.30.005.001	Пластика диафрагмы с использованием импланта
	A16.01.031	Устранение рубцовой деформации	A16.01.018	Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки
	A16.01.031	Устранение рубцовой деформации	A16.01.017.001	Удаление доброкачественных новообразований кожи методом электрокоагуляции
	A16.01.031	Устранение рубцовой деформации	A16.01.017	Удаление доброкачественных новообразований кожи
	A16.01.013	Удаление сосудистой мальформации	A16.01.018	Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки
	A16.01.013	Удаление сосудистой мальформации	A16.01.017	Удаление доброкачественных новообразований кожи
	A16.01.013	Удаление сосудистой мальформации	A16.01.017.001	Удаление доброкачественных новообразований кожи методом электрокоагуляции
	A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая
	A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи
	A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
	A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
	A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи
	A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий

№	Модель пациента			Норматив
	A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
	A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
	A16.20.032	Резекция молочной железы	A16.20.004	Сальпингэктомия лапаротомическая
	A16.20.032	Резекция молочной железы	A16.20.017	Удаление параовариальной кисты лапаротомическое
	A16.20.032	Резекция молочной железы	A16.20.061	Резекция яичника лапаротомическая
	A16.20.043	Мастэктомия	A16.20.011.002	Тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) с придатками лапаротомическая
	A16.18.016	Гемиколэктомия правосторонняя	A16.14.030	Резекция печени типичная
	A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.035	Миомэктомия (энуклеация миоматозных узлов) лапаротомическая
	A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.001	Удаление кисты яичника
	A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.061	Резекция яичника лапаротомическая
	A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.041	Стерилизация маточных труб лапаротомическая
	A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.039	Метростомия лапаротомическая
	A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.075	Перевязка маточных артерий
	A16.20.014	Влагалищная тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) с придатками	A16.20.042.001	Слинговые операции при недержании мочи
	A16.20.063.001	Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.20.083	Кольпоперинеоррафия и леваторопластика
	A16.20.063.001	Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.20.042.001	Слинговые операции при недержании мочи
	A16.20.083	Кольпоперинеоррафия и леваторопластика	A16.20.042.001	Слинговые операции при недержании мочи
	A16.16.033.001	Фундопликация лапароскопическая	A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая
	A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.20.063.001	Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий

№	Модель пациента			Норматив
	A16.18.009.001	Аппендэктомия с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.20.061.001	Резекция яичника с использованием видеоэндоскопических технологий
	A16.18.009	Аппендэктомия	A16.20.061	Резекция яичника лапаротомическая
	A16.18.027	Эндоскопическое электрохирургическое удаление новообразования толстой кишки	A16.19.017	Удаление полипа анального канала и прямой кишки
	A16.18.027	Эндоскопическое электрохирургическое удаление новообразования толстой кишки	A16.19.003.001	Иссечение анальной трещины
	A16.18.027	Эндоскопическое электрохирургическое удаление новообразования толстой кишки	A16.19.013	Удаление геморроидальных узлов
	A16.19.013	Удаление геморроидальных узлов	A16.19.003.001	Иссечение анальной трещины
	A16.28.071.001	Иссечение кисты почки лапароскопическое	A16.20.001.001	Удаление кисты яичника с использованием видеоэндоскопических технологий
	A16.28.054	Трансуретральная уретеролитоэкстракция	A16.28.003.001	Лапароскопическая резекция почки
	A16.28.004.001	Лапароскопическая нефрэктомия	A16.21.002	Трансуретральная резекция простаты
	A16.21.002	Трансуретральная резекция простаты	A16.28.085	Трансуретральная эндоскопическая цистотомия
	A16.08.013.001	Пластика носовой перегородки с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.08.017.001	Гайморотомия с использованием видеоэндоскопических технологий
	A16.26.093	Фактоэмульсификация без интраокулярной линзы.	A16.26.069	Трабекулотомия
	A16.26.093	Фактофрагментация, фактоаспирация	A16.26.073.003	Проникающая склерэктомия
	A16.26.093	Фактоэмульсификация без интраокулярной линзы.	A16.26.115	Удаление силиконового масла (или иного высокомолекулярного соединения) из витреальной полости
	A16.26.093	Фактофрагментация, фактоаспирация	A16.26.146	Реконструкция угла передней камеры глаза
	A16.26.093	Фактоэмульсификация без интраокулярной линзы.	A16.26.049	Кератопластика

№	Модель пациента			Норматив
		без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация Факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы Факоэмульсификация с использованием фемтосекундного лазера Факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы Факоэмульсификация с использованием фемтосекундного лазера Факоэмульсификация с использованием фемтосекундного лазера Сквозная кератопластика Послойная кератопластика Послойная кератопластика Энуклеация глазного яблока Эвисцерация глазного яблока Удаление инородного тела, новообразования из глазницы Пластика верхних век без пересадки тканей чрескожным доступом Пластика опорно-двигательной культи при анофтальме	(трансплантация роговицы) Замещение стекловидного тела Модифицированная инустрабекулоэктомия Модифицированная инустрабекулоэктомия Неавтоматизированная эндотектопластика Неавтоматизированная эндотектопластика Факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы Экстракапсулярная экстракция катаракты с имплантацией ИОЛ Факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы Факоэмульсификация с использованием фемтосекундного лазера Пластик конъюнктивальной полости с использованием свободного лоскута слизистой со щеки Пластик конъюнктивальной полости с использованием свободного лоскута слизистой со щеки Пластик века (блефаропластика) без и с пересадкой тканей Пластик конъюнктивальной полости с использованием свободного лоскута слизистой со щеки Пластик конъюнктивальной полости с использованием свободного лоскута	
	A16.26.093	A16.26.087		
	A16.26.093.002	A16.26.070		
	A16.26.093.001	A16.26.070		
	A16.26.093.002	A 16.26.049.005		
	A16.26.093.001	A 16.26.049.005		
	A16.26.093.001	A16.26.093.002		
	A 16.26.049.008	A16.26.092		
	A16.26.049.004	A16.26.093.002		
	A16.26.049.004	A16.26.093.001		
	A16.26.098	A16.26.041.001		
	A16.26.099	A16.26.041.001		
	A16.26.106	A16.26.111		
	A16.26.111.001	A16.26.041.001		
	A16.26.145	A16.26.041.001		

№	Модель пациента			Норматив
	A07.26.001	Брахитерапия	A22.26.015	слизистой со щеки Термотерапия новооб разований сетчатки
	A07.26.001	Брахитерапия	A16.26.075.001	Склеропластика с использованием транс плантатов
	A16.26.089.002	Витреозэктомия задняя субтотальная закрытая	A16.26.093.001	Факоемульсификация с использованием фемтосекундного лазера
	A16.26.089.002	Витреозэктомия задняя субтотальная закрытая	A16.26.093.002	Факоемульсификация с имплантацией интраокулярной линзы
	A16.26.089.002	Витреозэктомия задняя субтотальная закрытая	A16.26.094	Имплантация интраокулярной линзы
	A16.26.089.002	Витреозэктомия задняя субтотальная закрытая	A16.26.082	Круговое эпиклеральн ое пломбирование
	A16.26.115	Удаление силиконового масла (или иного высокомолекулярног о соединения) из витреальной полости	A16.26.093.002	Факоемульсификация с имплантацией интраокулярной линзы
	A16.26.115	Удаление силиконового масла (или иного высокомолекулярног о соединения) из витреальной полости	A16.26.094	Имплантация интраокулярной линзы
	A16.26.094	Имплантация интраокулярной линзы	A16.26.086.001	Интравитреальное ве дение лекарственных п репаратов
	A16.07.061.001	Хейлоринопластика (устранение врожденной расщелины верхней губы)	A16.07.042	Пластика уздечки верхней губы
	A16.07.061.001	Хейлоринопластика (устранение врожденной расщелины верхней губы)	A16.07.044	Пластика уздечки языка
	A16.07.016	Цистотомия или цистэктомия	A16.07.042	Пластика уздечки верхней губы
	A16.07.016	Цистотомия или цистэктомия	A16.07.043	Пластика уздечки нижней губы
	A16.07.066	Уранопластика (устра нение врожденной рас щелины твердого и мягкого неба)	A16.07.042	Пластика уздечки верхней губы
	A16.07.066	Уранопластика (устра нение врожденной рас щелины твердого и мягкого неба)	A16.07.044	Пластика уздечки языка
	A16.30.014	Экстирпация срединных кист и свищей шеи	A16.01.018	Удаление доброкачест венных новообразован ий подкожно- жировой клетчатки
	A16.30.014	Экстирпация срединных кист и	A16.01.017	Удаление доброкачест венных

№	Модель пациента			Норматив
		свищей шеи	новообразований кожи Удаление доброкачественных новообразований подкожно- жировой клетчатки Удаление доброкачественных новообразований кожи Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки	
	A16.30.015	Экстирпация боковых свищей шеи	A16.01.018	
	A16.30.015	Экстирпация боковых свищей шеи	A16.01.017	
	A16.07.016	Цистотомия или цистэктомия	A16.01.018	
107	Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами			1,5
108	Проведение первичной иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющиеся показанием к иммунизации			1,2
109	Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями ***			1,5

<*> <https://minzdrav.gov.ru/documents/8048-perechen-redkih-orfannyh-zabolevaniy>

<***> Кроме случаев госпитализации на геронтологические профильные койки

<***> Критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 70 дней, обусловленная медицинскими показаниями. Правила отнесения случаев к сверхдлительным не распространяются на КСГ, объединяющие случаи проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией (st19.075-st19.089, ds19.050-ds19.062), т.е. указанные случаи не могут считаться сверхдлительными и оплачиваться с применением соответствующего КСЛП

Приложение 5

к Регламенту применения способов оплаты медицинской помощи
и взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования

**Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ в условиях
круглосуточного стационара**

№ КСГ	Наименование КСГ	Доля
st19.062	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)	50,51%
st19.063	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)	39,68%
st19.064	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)	23,68%
st19.065	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)	16,19%
st19.066	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)	22,80%
st19.067	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)	21,32%
st19.068	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)	17,54%
st19.069	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)	20,55%
st19.070	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)	31,40%
st19.071	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)	7,19%
st19.072	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)	1,89%
st19.073	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)	2,44%
st19.074	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)	0,73%
st19.094	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)	71,77%
st19.095	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 2)	71,77%
st19.096	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 3)	71,77%
st19.097	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)	34,55%
st19.098	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 2)	46,64%
st19.099	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 3)	53,90%
st19.100	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4)	13,18%

st19.101	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)	22,12%
st19.102	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 6)	28,24%
st20.010	Замена речевого процессора	31,97%

Приложение 6

к Регламенту применения способов оплаты медицинской помощи
и взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования

**Случаи, для которых рекомендовано применение
коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП) в условиях дневного стационара**

№	Модель пациента	Норматив
701.	<p>Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Сахарный диабет типа 1 и 2; - Заболевания, включенные в Перечень редких (орфанных) заболеваний, размещенный на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации *; - Рассеянный склероз (G35); - Хронический лимфоцитарный лейкоз (C91.1); - Состояния после трансплантации органов и (или) тканей (Z94.0; Z94.1; Z94.4; Z94.8); - Детский церебральный паралич (G80); - ВИЧ/СПИД, стадии 4Б и 4В, взрослые (B20 – B24); - Перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции, дети (Z20.6). 	1,5

<*> <https://minzdrav.gov.ru/documents/8048-perechen-redkih-orfannyh-zabolevaniy>

Примечание: 7** – Маска № по порядку КСЛП в условиях дневного стационара.

Приложение 7

к Регламенту применения способов оплаты медицинской помощи
и взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования

**Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ в условиях
дневного стационара**

№ КСГ	Наименование КСГ	Доля
ds19.037	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)	11,93%
ds19.038	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)	5,99%
ds19.039	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)	29,39%
ds19.040	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)	3,23%
ds19.041	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)	4,14%
ds19.042	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)	3,97%
ds19.043	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)	3,96%
ds19.044	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)	3,76%
ds19.045	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)	5,39%
ds19.046	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)	6,78%
ds19.047	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)	0,43%
ds19.048	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)	0,32%
ds19.049	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)	0,67%
ds19.067	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)	36,19%
ds19.068	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 2)	36,19%
ds19.069	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 3)	36,19%
ds19.070	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 4)	36,19%
ds19.071	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)	3,37%
ds19.072	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 2)	9,56%
ds19.073	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 3)	16,32%
ds19.074	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые	20,69%

	(уровень 4)	
ds19.075	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)	0,82%
ds19.076	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 6)	2,73%
ds19.077	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 7)	5,68%
ds19.078	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 8)	8,41%
ds20.006	Замена речевого процессора	25,71%

Приложение 8

к Регламенту применения способов оплаты медицинской помощи
и взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования

**Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое
вмешательство или тромболитическую терапию**

№ КСГ	Наименование КСГ
st02.003	Родоразрешение
st02.004	Кесарево сечение
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
st02.012	Операции на женских половых органах (уровень 3)
st02.013	Операции на женских половых органах (уровень 4)
st09.001	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)
st09.002	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 2)
st09.003	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)
st09.004	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)
st09.005	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 1)
st09.006	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 2)
st09.007	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 3)
st09.008	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)
st09.009	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)
st09.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)
st10.001	Детская хирургия (уровень 1)
st10.002	Детская хирургия (уровень 2)
st10.003	Аппендэктомия, дети (уровень 1)
st10.004	Аппендэктомия, дети (уровень 2)
st10.005	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)
st10.006	Операции по поводу грыж, дети (уровень 2)
st10.007	Операции по поводу грыж, дети (уровень 3)
st13.002	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
st13.005	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
st13.007	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
st13.008	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 1)
st13.009	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 2)
st13.010	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 3)
st14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
st14.003	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 3)
st15.015	Инфаркт мозга (уровень 2)
st15.016	Инфаркт мозга (уровень 3)
st16.007	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 1)
st16.008	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 2)

№ КСГ	Наименование КСГ
st16.009	Операции на периферической нервной системе (уровень 1)
st16.010	Операции на периферической нервной системе (уровень 2)
st16.011	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)
st18.002	Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа
st19.001	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.002	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.003	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3)
st19.004	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.005	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.006	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1)
st19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
st19.008	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3)
st19.009	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
st19.010	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
st19.011	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3)
st19.012	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 1)
st19.013	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 2)
st19.014	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1)
st19.015	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2)
st19.016	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 1)
st19.017	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 2)
st19.018	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1)
st19.019	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2)
st19.020	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3)
st19.021	Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости
st19.022	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях
st19.023	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.024	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)

№ КСГ	Наименование КСГ
st19.025	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1)
st19.026	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2)
st19.038	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
st19.104	Эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях (с 01.02.2021)
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
st20.007	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)
st20.008	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
st20.009	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st24.004	Ревматические болезни сердца (уровень 2)
st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
st25.005	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 1)
st25.006	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 2)
st25.007	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 3)
st25.008	Операции на сосудах (уровень 1)
st25.009	Операции на сосудах (уровень 2)
st25.010	Операции на сосудах (уровень 3)
st25.011	Операции на сосудах (уровень 4)
st25.012	Операции на сосудах (уровень 5)
st27.007	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2)
st27.009	Другие болезни сердца (уровень 2)
st28.002	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 1)
st28.003	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 2)
st28.004	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3)
st28.005	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения

№ КСГ	Наименование КСГ
	(уровень 4)
st29.008	Эндопротезирование суставов
st29.009	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
st29.010	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)
st29.011	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)
st29.012	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)
st29.013	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)
st30.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
st30.007	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)
st30.008	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)
st30.009	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)
st30.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
st30.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
st30.012	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
st30.013	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 4)
st30.014	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
st30.015	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)
st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
st31.003	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)
st31.004	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)
st31.005	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 4)
st31.006	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 1)
st31.007	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 2)
st31.008	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 3)
st31.009	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)
st31.010	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)
st31.015	Остеомиелит (уровень 3)
st31.019	Операции на молочной железе (кроме злокачественных новообразований)
st32.001	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 1)
st32.002	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
st32.003	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 3)
st32.004	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)
st32.005	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 1)
st32.006	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)
st32.007	Панкреатит, хирургическое лечение
st32.008	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)
st32.009	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)
st32.010	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3)
st32.011	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)
st32.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
st32.013	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
st32.014	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
st32.015	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
st32.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)

№ КСГ	Наименование КСГ
st32.017	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)
st32.018	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 3)
st32.019	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 4) (с 01.02.2021)
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
st34.003	Операции на органах полости рта (уровень 2)
st34.004	Операции на органах полости рта (уровень 3)
st34.005	Операции на органах полости рта (уровень 4)
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация

Приложение 9

к Регламенту применения способов оплаты медицинской помощи
и взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования

**Перечень КСГ дневного стационара, оплата которых осуществляется в полном объеме
при длительности лечения менее 3 дней включительно**

№ КСГ	Наименование КСГ
ds02.001.1	Осложнения беременности, родов, послеродового периода, дневной стационар при поликлинике
ds02.001.2	Осложнения беременности, родов, послеродового периода, стационар дневного пребывания (при круглосуточном стационаре)
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds02.007	Аборт медикаментозный
ds02.008	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)
ds05.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе*
ds08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети*
ds08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
ds08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
ds15.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
ds15.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
ds19.028	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
ds19.029	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ
ds19.033	Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования
ds19.037	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
ds19.038	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
ds19.039	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
ds19.040	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
ds19.041	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
ds19.042	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
ds19.043	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
ds19.044	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*

№ КСГ	Наименование КСГ
ds19.045	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
ds19.046	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
ds19.047	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*
ds19.048	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*
ds19.049	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
ds19.057	Лучевая терапия (уровень 8)
ds19.063	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения (уровень 1)
ds19.067	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
ds19.071	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
ds19.075	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)
ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
ds20.006	Замена речевого процессора
ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
ds25.001	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
ds27.001	Отравления и другие воздействия внешних причин
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
ds36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
ds36.004.1**	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов*
ds36.004.2**	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (для детей с применением препарата Тоцилизумаб 200мг (M08.0, M08.1, M08.2, M08.3))*
ds36.004.3**	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (для детей с применением препарата Тоцилизумаб 280мг (M08.0, M08.1, M08.2, M08.3))*
ds36.004.4**	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (для детей с применением препарата Тоцилизумаб 480мг (M08.0, M08.1, M08.2, M08.3))*
ds36.004.5**	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (для детей с применением препарата Абатацепт (M08.0, M08.1, M08.2, M08.3))*

№ КСГ	Наименование КСГ
ds36.004.6**	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (для детей с применением препарата Адаплиумаб (M08.0, M08.1, M08.2, M08.3))*
ds36.004.7**	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (для детей с применением препарата Этанерцепт (M08.0, M08.1, M08.2, M08.3))*
ds36.004.8**	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (для взрослых с применением препарата Алирокумаб 150мг (E78.0,E78.2))*
ds36.004.9**	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (для взрослых с применением препарата Алирокумаб 300мг (E78.0,E78.2))*
ds36.004.10**	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (для взрослых с применением препарата Эволокумаб 140мг (E78.0,E78.2))*
ds36.004.11**	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (для взрослых с применением препарата Эволокумаб 420мг (E78.0,E78.2))*
ds36.004.12**	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (с применением препарата Омализумаб 150мг (J45))*
ds36.004.13**	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (с применением препарата Омализумаб 300мг (J45))*
ds36.004.14**	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (с применением препарата Омализумаб 450мг (J45))*
ds36.004.15**	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (с применением препарата Омализумаб 600мг (J45))*

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

<*> с 01.10.2021 г.

Приложение 10

к Регламенту применения способов оплаты медицинской помощи
и взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования

**Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое
вмешательство и/или тромболитическую терапию**

№ КСГ	Наименование КСГ
ds02.003	Операции на женских половых органах (уровень 1)
ds02.004	Операции на женских половых органах (уровень 2)
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборты)
ds09.001	Операции на мужских половых органах, дети
ds09.002	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети
ds10.001	Операции по поводу грыж, дети
ds13.002	Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов
ds14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
ds14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
ds16.002	Операции на периферической нервной системе
ds18.003	Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа
ds19.016	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
ds19.017	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
ds19.028	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
ds20.004	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)
ds20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
ds20.006	Замена речевого процессора
ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)

№ КСГ	Наименование КСГ
ds25.001	Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения
ds25.002	Операции на сосудах (уровень 1)
ds25.003	Операции на сосудах (уровень 2)
ds28.001	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения
ds29.001	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
ds29.002	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)
ds29.003	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)
ds30.002	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
ds30.003	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)
ds30.004	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
ds30.005	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
ds30.006	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
ds31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
ds31.003	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)
ds31.004	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)
ds31.005	Операции на органах кроветворения и иммунной системы
ds31.006	Операции на молочной железе
ds32.001	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)
ds32.002	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)
ds32.003	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
ds32.004	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
ds32.005	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
ds32.006	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях
ds32.007	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
ds32.008	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
ds34.003	Операции на органах полости рта (уровень 2)

**Методика расчета размера средств, направляемых на выплаты МО
в случае достижения целевых показателей результативности деятельности.
Порядок применения показателей результативности
деятельности и целевых значений.**

Доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям (далее МО) в случае достижения ими целевых значений показателей результативности деятельности, определяется Тарифным соглашением.

Выплаты за достижение показателей результативности деятельности осуществляются ежемесячно в соответствии с Перечнем показателей результативности деятельности МО и критериев их оценки, включая целевые значения (Приложение 18 Тарифного соглашения, Приложение 19 Тарифного соглашения).

Расчет показателей результативности деятельности проводится ТФОМС по итогам деятельности МО за месяц, на основании информации, содержащейся в реестрах счетов, отчетных формах, сведений ГБУЗ СОКОД, АИС «Смертность».

Размер средств, направляемых на выплаты МО в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности определяется по формуле:

$$ОС_{рд} = СБ_{ср} * Ч_{змо} * Б_{мо} / Б_{ср}$$

СБ_{ср}	– стоимость среднего балла исполнения показателей,
Б_{мо}	– количество баллов исполнения показателей МО,
Б_{ср}	– средний балл исполнения показателей.

Количество баллов исполнения показателей МО определяется по следующей формуле:

$Б_{мо} = \sum(Б_{мо} * К_{мо} * В_i)$, где $В_i$ – вес баллов i показателя (%), Приложение 18 к Тарифному Соглашению, Приложение 19 Тарифного соглашения), $К_{мо}$ – коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности для МО (Приложение 23 Тарифному Соглашению, Приложение 25 Тарифному Соглашению).

Средний балл исполнения показателей определяется по формуле:

$Б_{ср} = \sum(Б_{мо} * Ч_{змо}) / Ч_z$, где $Ч_z$ – численность застрахованных Самарской области.
Стоимость среднего балла исполнения показателей определяется по формуле:

$$СБ_{ср} = \sum(ФДПН_{мо} * Ч_{змо} * ДС) / Б_{ср}$$

**Пояснительная записка
к Дополнению № 13 к Тарифному соглашению в системе обязательного
медицинского страхования
Самарской области на 2021 год**

В соответствии с решением Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования от 28.12.2021 (протокол № 13) Дополнением № 13 к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования Самарской области на 2021 год:

1. С 1 декабря 2021 года:

внесены изменения в Приложение № 21, в Приложение № 23 к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования Самарской области в соответствии с постановлением Правительства Самарской области от 02.12.2021 № 955 «О внесении изменений в постановление Правительства Самарской области от 26.12.2020 N 1111 "Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Самарской области на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов». Произведено увеличение размера среднего подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях, путем перераспределения средств за счет уменьшения расходов на компьютерную томографию и магнитно-резонансную томографию и увеличение расходов на тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции COVID-19;

внесены изменения в Приложение № 22, в Приложение 24 к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования Самарской области в связи с внесением изменений в Закон Самарской области от 23.12.2020 №140-ГД «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Самарской области на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» и уменьшением размера средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования за вызов (рублей), а также размера средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам за вызов (рублей). Произведено увеличение среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской

организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Самарской области;

внесены изменения в Приложение № 25 к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования Самарской области в части изменения коэффициента специфики оказания медицинской помощи при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи.

2. С 1 января 2022 года:

внесено изменение в Приложение № 29 к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования Самарской области в части исключения из «Регламента применения способов оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования» абзаца следующего содержания:

«В случае прерывания курса медицинской реабилитации застрахованного лица младше 18 лет в стационарных условиях и условиях дневного стационара по состоянию здоровья данный счет оплачивается в размере 50%. Курс реабилитации может быть продолжен на основании справки о состоянии здоровья без повторного направления от субъекта ПМСП при условии, что разрыв между госпитализациями составляет не более, чем 14 дней. В этом случае оплата второй части курса медицинской реабилитации производится за законченный случай путем выставления счета в размере 50%».

Председатель
Комиссии по разработке
территориальной программы
обязательного медицинского
страхования – министр
здравоохранения
Самарской области



А.С. Бенян