

Руководителям  
органов государственной власти  
субъектов Российской Федерации  
в сфере охраны здоровья

Директорам территориальных  
фондов обязательного  
медицинского страхования

О методических рекомендациях по  
способам оплаты медицинской помощи за  
счет средств обязательного медицинского  
страхования

Министерство здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования направляет для руководства и использования в работе Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, разработанные рабочей группой Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2015 № 931), взамен Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленных в субъекты Российской Федерации совместным письмом от 21.11.2018 Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/10/2-7543 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 14525/26-1/и.

Приложение: на 105 л. в 1 экз.

Заместитель  
Министра здравоохранения  
Российской Федерации

Председатель  
Федерального фонда обязательного  
медицинского страхования

Н.А. Хорова

Н.Н. Стадченко

№



от

№ 17033/26-2/и от 12.12.2019



№11-7/И/2-11779 от 12.12.2019

**Одобрено решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи  
(протокол заседания от 2 декабря 2019 г. № 66/11/9)**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

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

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

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

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

- расширения количества КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых пациентов при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара с 10 до 13 групп;

- расширения количества КСГ для случаев лечения эпилепсии в стационарных условиях;

- выделения КСГ в условиях дневного стационара для случаев госпитализации в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования;

2) пересмотр содержания КСГ для случаев лучевой терапии;

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

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

## **1. Основные понятия и термины**

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

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

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

ресурсов);

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

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

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

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

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

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

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

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

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

обусловленный объективными причинами;

**Коэффициент сложности лечения пациентов** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, устанавливаемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи;

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

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

## **2. Основные подходы к оплате медицинской помощи по КСГ и КПГ**

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

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

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

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

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

– заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского

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

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

- услуг диализа, включающих различные методы.

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

- предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов;

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

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

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

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

- на основе КПГ, объединяющих заболевания;

- на основе КСГ, объединяющих заболевания.

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

Все КСГ распределены по профилям медицинской помощи, при этом часть диагнозов, устанавливаемых при различных заболеваниях, хирургических операций и других медицинских технологий могут использоваться в смежных профилях, а часть являются универсальными для применения их в нескольких профилях. При оплате медицинской помощи в подобных случаях отнесение КСГ к конкретной КПГ не учитывается. Например, при оказании медицинской помощи на терапевтических койках ЦРБ пациенту с диагнозом «Бронхиальная астма», который относится к КСГ «Астма», оплата производится по соответствующей КСГ, вне зависимости от

того, что данная КСГ входит в КПП «Пульмонология». Аналогично оплата по КСГ для случаев лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей может осуществляться при госпитализациях на койки как по профилю «Онкология», так и по профилю «Гематология». Исключением являются КСГ, включенные в профили «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия», лечение в рамках которых может осуществляться только в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия» соответственно.

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

Формирование КПП осуществляется на основе профилей медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи».

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

- a. Диагноз (код по МКБ 10);
- b. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);
- c. Схема лекарственной терапии;
- d. МНН лекарственного препарата;
- e. Возрастная категория пациента;
- f. Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ 10);
- g. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации;
- h. Длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);
- i. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- j. Пол;
- k. Длительность лечения.

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

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

Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ 10, являющийся основным поводом к госпитализации. Например, в случае, когда пациент, страдающий сахарным диабетом, госпитализирован в медицинскую организацию с легочной эмболией, для оплаты медицинской помощи в реестре счетов в поле «Основной диагноз» указывается легочная эмболия, в поле «Дополнительный диагноз» указывается сахарный диабет. Исключением являются случаи, осложненные сепсисом и фебрильной нейтропенией (подробности кодирования указанных состояний представлены в Инструкции).

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

Описание алгоритма группировки с применением таблицы «Группировщик» для случаев лечения, оплата которых осуществляется по КСГ, представлено в Инструкции.

При оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в составе КСГ в тарифном соглашении могут быть выделены подгруппы, в том числе с учетом иных классификационных критериев, устанавливаемых в субъекте Российской Федерации. При этом данный классификационный критерий должен быть в обязательном порядке включен в реестр счетов, формируемый медицинскими организациями и передаваемый в ТФОМС. В качестве дополнительно установленных классификационных критериев могут быть определены: длительное пребывание на профильной койке (реанимационные, реанимационные для



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

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

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

СКЗ рассчитывается по формуле:

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

$КЗ_i$  — весовой коэффициент затратоемкости подгруппы  $i$ ;

$Ч_{сл}^i$  — количество случаев, пролеченных по подгруппе  $i$ ;

$Ч_{сл}$  — количество случаев в целом по группе.

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

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

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

$ФО_{МО}$  — размер финансового обеспечения медицинской организации,

рублей;

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

Применение способа оплаты стационарной медицинской помощи по КСГ или КПГ возможно только после осуществления в субъекте Российской Федерации расчетов по прогнозированию размеров финансового обеспечения медицинских организаций при переходе на оплату медицинской помощи по данным группам заболеваний. В случае если уровень финансового обеспечения отдельных медицинских организаций отличается от размера их финансового обеспечения при применении ранее действующего метода финансирования более чем на 10%, необходимо проведение анализа структуры госпитализаций и принятие управленческих решений по оптимизации уровня и структуры госпитализаций, в том числе утверждение на территории субъекта Российской Федерации управленческого коэффициента, коэффициента уровня оказания стационарной медицинской помощи и выделение подгрупп в структуре КСГ.

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

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

$\chi_{\text{СЛ}}^i$  число случаев госпитализации пациентов по определенной КСГ или КПГ в стационарных условиях;

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

$\chi_{\text{СЛ}}$  общее количество законченных случаев лечения в стационарных условиях за год.

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

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

– среднюю длительность пребывания в стационаре;

- уровень и структуру госпитализаций в круглосуточном стационаре;
- долю отдельных групп КСГ в стационарных условиях в общем количестве законченных случаев: st02.010, st05.008, st14.001, st19.027-st19.036, st19.056-st19.058, st19.061, st20.005, st21.001, st29.009, st30.006, st31.002, st34.002;
- уровень и структуру случаев лечения в условиях дневного стационара;
- долю отдельных групп КСГ в условиях дневного стационара в общем количестве случаев лечения: ds02.003, ds05.005, ds14.001, ds19.001-ds19.015, ds19.018-ds19.027, ds19.030-ds19.032, ds19.036, ds20.002, ds21.002, ds29.001, ds30.002, ds31.002, ds34.002;
- структуру исходов лечения, в том числе уровень больничной летальности;
- оперативную активность;
- долю повторных госпитализаций по поводу одного и того же заболевания в течение 30 дней с момента выписки пациента (за исключением заболеваний с курсовым лечением и состояний, связанных с беременностью, а также операций на парных органах, частях тела).

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

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

1. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПГ (базовая ставка);
2. Коэффициент относительной затратноности;
3. Коэффициент дифференциации, при наличии;
4. Поправочные коэффициенты:
  - а. управленческий коэффициент;
  - б. коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи;
  - с. коэффициент сложности лечения пациента.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (СС<sub>КСГ/КПГ</sub>) по КСГ или КПГ определяется по следующей формуле:

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

- БС** – размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), рублей;
- КЗ<sub>КСГ/КПГ</sub>** – коэффициент относительной затратноности по КСГ или КПГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне);

- ПК поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ (интегрированный коэффициент, устанавливаемый на региональном уровне);
- КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее - Постановление № 462).  
Данный коэффициент используется в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации, в том числе для расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований.  
В случае, если коэффициент дифференциации является единым для всей территории субъекта Российской Федерации, то данный коэффициент учитывается в базовой ставке.

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

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

- объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (в условиях дневного стационара) и оплачиваемой по КСГ или КПГ (ОС);
- общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ или КПГ (Чсл);
- среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ или КПГ (СПК).

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

$$БС = \frac{ОС}{Чсл \times СПК}$$

СПК рассчитывается по формуле:

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

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

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

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

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

### **3.2. Коэффициент относительной затратноности КСГ или КПП**

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

Перечни КСГ (Приложение 1 и 2) включают в том числе КСГ с одинаковым наименованием, содержащим уточнение уровня, например, «Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)» и «Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)». В таких случаях уровень означает уровень затратноности группы заболеваний (чем выше уровень, тем выше значение коэффициента

относительной затратно-емкости), а не уровень оказания медицинской помощи, установленный для медицинской организации.

### 3.3. Поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПП

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

$$ПК = КУ_{КСГ/КПП} \times КУ_{СМО} \times КСЛП, \text{ где}$$

- $КУ_{КСГ/КПП}$  управленческий коэффициент по КСГ или КПП, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ или КПП);
- $КУ_{СМО}$  коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
- $КСЛП$  коэффициент сложности лечения пациента (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данного случая).

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

#### 3.3.1. Управленческий коэффициент

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

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

медицинских организациях.

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

Значение управленческого коэффициента – от 0,8 до 1,4.

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

К КСГ, включающим оплату медицинской помощи с применением сложных медицинских технологий, в том числе при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности, применение понижающих коэффициентов не допускается (перечень представлен в Инструкции).

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

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

### **3.3.2. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи**

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

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

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи отражает разницу в

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

Среднее значение коэффициента уровня оказания медицинской помощи составляет:

- 1) для медицинских организаций 1-го уровня - 0,95;
- 2) для медицинских организаций 2-го уровня - 1,1;
- 3) для медицинских организаций 3-го уровня - 1,3.

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

С учетом объективных критериев (разница в используемых энергоносителях, плотность населения обслуживаемой территории, монопрофильная медицинская организация, например, инфекционная больница, и т.д.), основанных на экономическом обосновании и расчетах, выполненных в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в составе Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н (далее – Методика расчета тарифов), по каждому уровню могут выделяться не более 5 подуровней оказания медицинской помощи с установлением коэффициентов по каждому подуровню.

Границы значений коэффициента подуровня оказания медицинской помощи:

- 1) для медицинских организаций 1-го уровня – от 0,7 до 1,2;
- 2) для медицинских организаций 2-го уровня – от 0,9 до 1,3;
- 3) для медицинских организаций 3-го уровня – от 1,1 до 1,5;
- 3.1) для федеральных медицинских организаций и (или) структурных подразделений федеральных медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь – от 1,4 до 1,7.

Медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий, а также госпитали ветеранов войн необходимо относить к подуровню с более высоким коэффициентом подуровня оказания медицинской помощи.

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

Однако средневзвешенный коэффициент уровня оказания медицинской



помощи (СКУС<sub>i</sub>) каждого уровня не может превышать средние значения. СКУС<sub>i</sub> рассчитывается по формуле:

$$\text{СКУС}_i = \frac{\sum(\text{КУС}_{\text{МО}j} \times \text{Ч}_{\text{сл}j})}{\text{Ч}_{\text{сл}i}}, \text{ где:}$$

СКУС<sub>i</sub> средневзвешенный коэффициент уровня оказания медицинской помощи i;

КУС<sub>МОj</sub> коэффициент подуровня оказания медицинской помощи j;

Ч<sub>слj</sub> число случаев, пролеченных в стационарах с подуровнем j;

Ч<sub>слi</sub> число случаев в целом по уровню.

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

Установленные тарифным соглашением средние значения коэффициента уровня оказания медицинской помощи для каждого последующего уровня в обязательном порядке должны превышать значения, установленные для предыдущих уровней.

В случае выделения подуровней оказания медицинской помощи соответствующие коэффициенты используются в расчетах вместо средних значений коэффициентов уровня оказания медицинской помощи (КУС<sub>МО</sub>).

Учитывая, что различия в затратах на оказание медицинской помощи учтены при расчете коэффициентов относительной затратоемкости, коэффициент уровня оказания медицинской помощи при оплате медицинской помощи по ряду КСГ, не применяется. Исключение составляют медицинские организации, расположенные на территории закрытых административных территориальных образований, коэффициент уровня оказания медицинской помощи для которых применяется ко всем КСГ. Перечень КСГ, для которых не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, приведен в Инструкции (КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеющие высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающие в большинстве случаев одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания помощи). Перечень КСГ дневного стационара, к которым не применяется коэффициент уровня, определяется на уровне субъекта Российской Федерации с применением аналогичного подхода, за исключением КСГ, относящихся к профилю «Детская онкология» и «Онкология».

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

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

### **3.3.3. Коэффициент сложности лечения пациента**

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

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

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

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

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

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

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

### 4.1. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи

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

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

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – от 80 до 90% от стоимости КСГ или КПГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – от 80 до 100% от стоимости КСГ или КПГ.

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

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – не более 50% от стоимости КСГ или КПГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – от 50 до 100% от стоимости КСГ или КПГ.

Конкретная доля оплаты данных случаев устанавливается в тарифном соглашении.

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

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

перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и из дневного стационара в круглосуточный – на усмотрение субъекта Российской Федерации), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

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

Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ 10:

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

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

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

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

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

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

#### **4.2. Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту**

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

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

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

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

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

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

#### **4.3. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»**

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

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

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

#### **4.4. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа**

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

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

определенные частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ. Для последующего расчета остальных услуг диализа, оказываемых на территории субъекта Российской Федерации, к базовому тарифу применяются рекомендуемые коэффициенты относительной затратоемкости, представленные в Приложении 4.

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

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

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

- A18.05.001.001 Плазмообмен;
- A18.05.001.003 Плазмодиафильтрация;
- A18.05.001.004 Плазмофильтрация каскадная;
- A18.05.001.005 Плазмофильтрация селективная;
- A18.05.002.004 Гемодиализ с селективной плазмофильтрацией и адсорбцией;
- A18.05.003.001 Гемофильтрация крови продленная;
- A18.05.006.001 Селективная гемосорбция липополисахаридов;
- A18.05.007 Иммуносорбция;
- A18.05.020.001 Плазмосорбция сочетанная с гемофильтрацией;
- A18.05.021.001 Альбуминовый диализ с регенерацией альбумина.

#### 4.5. Оплата случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология»

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

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

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

Таблица 1

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



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

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

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

#### **4.6. Оплата случаев лечения по профилю «Онкология»**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);
- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии).

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

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

В соответствии с Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 № 247 (далее – Требования), на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, определяется средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{AMB} = \frac{(N_{O_{ПРФ}} \times N_{ФЗ_{ПРФ}} + N_{O_{ОЗ}} \times N_{ФЗ_{ОЗ}} + N_{O_{НЕОТЛ}} \times N_{ФЗ_{НЕОТЛ}}) \times ЧЗ - OC_{МПР}}{ЧЗ}, \text{ где:}$$

$\Phi O_{CP}^{AMB}$  – средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в

расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

- Но<sub>ПРОФ</sub> средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;
- Но<sub>ОЗ</sub> средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, обращений;
- Но<sub>НЕОТЛ</sub> средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;
- Нфз<sub>ПРОФ</sub> средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
- Нфз<sub>ОЗ</sub> средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
- Нфз<sub>НЕОТЛ</sub> средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
- ОС<sub>МТР</sub> размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за

пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей;

Чз численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек.

Учитывая, что Программой средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (Нфз<sub>ПРОФ</sub>) установлен в разрезе трех направлений, его расчет осуществляется по формуле:

$$\text{Нфз}_{\text{ПРОФ}} = \frac{\text{Н}_{\text{ПО}} \times \text{Нфз}_{\text{ПО}} + \text{Н}_{\text{ДИСП}} \times \text{Нфз}_{\text{ДИСП}} + \text{Н}_{\text{ПИЦ}} \times \text{Нфз}_{\text{ПИЦ}}}{\text{Н}_{\text{ПРОФ}}}, \text{ где:}$$

- Н<sub>ПО</sub>** средний норматив объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, комплексных посещений;
- Н<sub>ДИСП</sub>** средний норматив объема медицинской помощи для проведения диспансеризации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, комплексных посещений;
- Н<sub>ПИЦ</sub>** средний норматив объема на посещение с иными целями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;
- Нфз<sub>ПО</sub>** средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

- Нфз<sub>дисп</sub> средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
- Нфз<sub>пц</sub> средний норматив финансовых затрат на посещение с иными целями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей.

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

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

$$ПН_A = \frac{ФО_{СР}^{АМБ} \times Ч_3 - ОС_{ФАП} - ОС_{ИССЛЕД} - ОС_{ПО} - ОС_{ДИСП} - ОС_{НЕОТЛ}}{Ч_3}, \text{ где:}$$

- ПН<sub>А</sub> подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными нормативами, рублей;
- ОС<sub>ФАП</sub> размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, рублей;

- ОС<sub>ИССЛЕД</sub> размер средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
- ОС<sub>ПО</sub> размер средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
- ОС<sub>ДИСП</sub> размер средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
- ОС<sub>НЕОТЛ</sub> размер средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей.

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

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение



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

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

$$ОС_{ИССЛЕД} = (Н_{ОКТ} \times Н_{ФЗКТ} + Н_{ОМРТ} \times Н_{ФЗМРТ} + Н_{ОУЗИ} \times Н_{ФЗУЗИ} + Н_{ОЭНД} \times Н_{ФЗЭНД} + Н_{ОМГИ} \times Н_{ФЗМГИ} + Н_{ОГИСТ} \times Н_{ФЗГИСТ}) \times Ч_3, \text{ где:}$$

- $Н_{ОКТ}$  средний норматив объема медицинской помощи для проведения компьютерной томографии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;
- $Н_{ОМРТ}$  средний норматив объема медицинской помощи для проведения магнитно-резонансной томографии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;
- $Н_{ОУЗИ}$  средний норматив объема медицинской помощи для проведения ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;
- $Н_{ОЭНД}$  средний норматив объема медицинской помощи для проведения эндоскопических диагностических исследований, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;
- $Н_{ОМГИ}$  средний норматив объема медицинской помощи для проведения молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;
- $Н_{ОГИСТ}$  средний норматив объема медицинской помощи для

- проведения гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;
- Нфз<sub>КТ</sub> средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения компьютерной томографии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
- Нфз<sub>МРТ</sub> средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения магнитно-резонансной томографии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
- Нфз<sub>УЗИ</sub> средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
- Нфз<sub>Энд</sub> средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения эндоскопических диагностических исследований, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
- Нфз<sub>МГИ</sub> средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

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

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

$$OC_{по} = N_{опо} \times N_{фзпо} \times Ч_3.$$

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

$$OC_{дисп} = N_{одисп} \times N_{фздисп} \times Ч_3.$$

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

$$OC_{неотл} = N_{онеотл} \times N_{фзнеотл} \times Ч_3.$$

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

Исходя из подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами ( $ПН_A$ ), оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо определяется базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи по следующей формуле:

$$ПН_{баз} = ПН_A - \frac{OC_{EO}}{Ч_3}, \text{ где:}$$

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

$OC_{EO}$  – размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу

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

В соответствии с Требованиями субъект Российской Федерации определяет перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования. При этом в субъекте Российской Федерации в подушевой норматив могут не включаться отдельные виды расходов (на стоматологическую медицинскую помощь, медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» и т.п., на проведение отдельных видов диагностических исследований и др.).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.5. Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации**

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

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива выполняется следующий алгоритм:

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

- 1) до года мужчины/женщины;
- 2) год - четыре года мужчины/женщины;
- 3) пять - семнадцать лет мужчины/женщины;
- 4) восемнадцать – шестьдесят четыре года мужчины/женщины;
- 5) шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

При этом субъект Российской Федерации вправе дифференцировать данные половозрастные группы.

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

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

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

$$P = Z \div M \div Ч, \text{ где:}$$

- З        затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам за расчетный период;
- М        количество месяцев в расчетном периоде;
- Ч        численность застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации.

5) Определяются размеры затрат на одно застрахованное лицо, попадающее в j-тый половозрастной интервал (P<sub>j</sub>), по формуле:

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

- Z<sub>j</sub>        затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам, попадающим в j-тый половозрастной интервал за расчетный период;
- Ч<sub>j</sub>        численность застрахованных лиц субъекта Российской Федерации

Федерации, попадающего в j-тый половозрастной интервал.

б) Рассчитываются коэффициенты дифференциации КД<sub>j</sub> для каждой половозрастной группы по формуле:

$$КД_j = P_j \div P.$$

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

В случае если только отдельные подразделения медицинской организации, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации КД<sub>от</sub>, объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

$$КД_{от}^i = (1 - \sum D_{отj}) + \sum (КД_{отj} \times D_{отj}), \text{ где}$$

КД<sub>от</sub><sup>i</sup> коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и



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

- $D_{отj}$  доля населения, обслуживаемая *j*-ым подразделением, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (значение от 0 до 1);
- $KD_{отj}$  коэффициент дифференциации, применяемый к *j*-ому подразделению, расположенному в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на содержание и оплату труда персонала.

## 2.7. Расчет дифференцированных подушевых нормативов и поправочного коэффициента

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

$$ДП_{Н}^i = ПН_{БАЗ} \times КУ_{МО}^i \times КД_{ПВ}^i \times КД_{ОТ}^i \times КД_{СУБ}^i, \text{ где:}$$

- $ДП_{Н}^i$  дифференцированный подушевой норматив для *i*-той медицинской организации, рублей;
- $КУ_{МО}^i$  коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, к которому относится *i*-тая медицинская организация;
- $КД_{СУБ}^i$  районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации или г. Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР или коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг, установленные для территории, на которой расположена *i*-тая медицинская организация (в соответствии с Требованиями) (применяется в случае, если коэффициент дифференциации не является

единым для всей территории субъекта Российской Федерации).

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

$$ПК = \frac{\sum_i (ДП_{Н}^i \times Ч_3^i)}{ПН_{БАЗ} \times Ч_3}$$

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

$$ФДП_{Н}^i = \frac{ДП_{Н}^i}{ПК}, \text{ где:}$$

ФДП<sub>Н</sub><sup>і</sup> фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования і-той медицинской организации, рублей.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

$$ОС_{ФАП}^i = \sum_n (Ч_{ФАП}^n \times ФРО_{ФАП}^n \times ПК_{ФРО}^n), \text{ где:}$$

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

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

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

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

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

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

При оплате медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи в определенных Программой случаях размер финансового обеспечения медицинской организации складывается исходя из фактически

оказанных объемов медицинской помощи и определяется по следующей формуле:

$$\Phi O_{\text{ФАКТ}} = \sum (O_{\text{МП}} \times T), \text{ где:}$$

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

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

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

Для медицинских организаций, имеющих в структуре мобильные медицинские бригады, устанавливаются повышающие коэффициенты в размере 1,05 - 1,2 к тарифам на посещения, обращения, медицинские услуги при оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами или устанавливаются отдельные тарифы на медицинские услуги, оказанные мобильными медицинскими бригадами.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

$$\text{ФО}_{\text{ФАКТ}}^i = \text{ОС}_{\text{ДС}}^i + \text{ФДП}_{\text{Н}}^i \times \text{Ч}_3^i + \text{ОС}_{\text{ФАП}}^i + \text{ОС}_{\text{ИССЛЕД}}^i + \text{ОС}_{\text{ПО}}^i + \text{ОС}_{\text{ДИСП}}^i + \text{ОС}_{\text{НЕОТЛ}}^i + \text{ОС}_{\text{ЕО}}^i, \text{ где:}$$

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

|                 |   |
|-----------------|---|
| $OC_{ДС}^i$     | размер средств, направляемых на оплату первичной-медико-санитарной помощи по КСГ, оказываемой в $i$ -той медицинской организации в условиях дневного стационара, рублей;  |
| $OC_{ИССЛЕД}^i$ | размер средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) в $i$ -той медицинской организации, рублей; |
| $OC_{ПО}^i$     | размер средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в $i$ -той медицинской организации, рублей;   |
| $OC_{ДИСП}^i$   | размер средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в $i$ -той медицинской организации, рублей;   |
| $OC_{НЕОТЛ}^i$  | размер средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в $i$ -той медицинской организации, рублей;   |
| $OC_{ЕО}^i$     | размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в $i$ -той медицинской организации в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами), рублей.   |

## 2.11. Применение показателей результативности деятельности медицинской организации

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

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

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

$$ОС_{ПН} = ФДП_{Н}^i \times Ч_3^i \times (1 - Д_{РД}) + ОС_{РД}, \text{ где:}$$

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

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

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

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

Показатели результативности деятельности, порядок их применения и целевые значения устанавливаются Тарифным соглашением в соответствии с Требованиями. Посредством указанных показателей следует учитывать в обязательном порядке выполнение установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации объемов медицинской помощи. Рекомендуемый перечень показателей представлен в Приложении 5. При этом коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами, заключаемыми в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права и регулирующими системы оплаты труда в медицинских организациях,



в том числе системы доплат и надбавок стимулирующего характера и системы премирования, необходимо предусмотреть стимулирующие выплаты медицинским работникам за достижение аналогичных показателей.

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

В субъектах Российской Федерации, внедряющих новую модель медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства (далее – «Бережливая поликлиника»), в целях повышения мотивации медицинского и управленческого персонала медицинских организаций необходимо применять способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи).

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

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

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

## **2.12. Особенности оплаты стоматологической помощи в амбулаторных условиях**

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

Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях по тарифам с учетом УЕТ должна быть основана на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение, что является наиболее эффективным, так как сокращается время на вызов пациента, подготовку рабочего места, операционного поля, работу с документами и т.д. При этом для планирования объема финансовых средств на оплату стоматологической помощи в амбулаторных условиях учитывается средняя кратность УЕТ в одном посещении, которая по Российской Федерации составляет 4,2.

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

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

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

#### 1. Основные подходы к оплате скорой медицинской помощи

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

#### 2. Основные параметры оплаты скорой медицинской помощи

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

$$\Phi O_{\text{CP}}^{\text{СМП}} = \frac{(\text{Н}o_{\text{СМП}} \times \text{Нфз}_{\text{СМП}}) \times \text{Чз} - \text{ОС}_{\text{МТР}}}{\text{Чз}}, \text{ где:}$$

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

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

$\text{Нфз}_{\text{СМП}}$  средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации,

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

ОС<sub>МТР</sub> размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования за вызов, рублей;

Чз численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек.

## **2.1. Определение среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи**

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

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

Пн<sub>БАЗ</sub> базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;

ОС<sub>В</sub> размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам за вызов, рублей.

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

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

осуществляется за вызов скорой помощи.

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

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

## **2.2. Определение дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи**

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

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

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

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

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

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

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

|                   |   |
|-------------------|---|
| КД <sub>ПВС</sub> | половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;   |
| КД <sub>СР</sub>  | коэффициент дифференциации, учитывающий средний радиус территории обслуживания (при наличии);   |
| КД <sub>ПН</sub>  | коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность населения субъекта Российской Федерации (при наличии);   |
| КД <sub>СИ</sub>  | коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций (при наличии);  |
| КД <sub>ЗП</sub>  | коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации (при наличии);  |
| КД <sub>СУБ</sub> | районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации или г. Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР или коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг, установленные для территории, на которой расположена медицинская организация (в соответствии с Требованиями). |

КД<sub>СУБ</sub> используется в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации, в том числе для расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований.

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

В случае применения КД<sub>СУБ</sub> следует исключить применение коэффициентов дифференциации, учитывающих аналогичные особенности.

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

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

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

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации распределяется на половозрастные группы (подгруппы). При этом для каждой половозрастной группы (подгруппы) рассчитываются единые значения коэффициента дифференциации в пределах субъекта Российской Федерации. Указанные коэффициенты устанавливаются тарифным соглашением субъекта.

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

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

$$ПК = \frac{\sum_i (ДПн^i \times Ч_3^i)}{Пн_{БАЗ} \times Ч_3}, \text{ где:}$$

$Ч_3^i$  численность застрахованных лиц, прикрепленных к  $i$ -той группе (подгруппе) медицинских организаций, человек.

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

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

$\Phi ДПн^i$  фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для  $i$ -той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей.

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

$$\Phi O_{СМП} = \Phi ДПн^i \times Чз^{ПР} + ОС_{В}, \text{ где:}$$

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

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



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

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

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

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

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

## **V. ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ОПЛАТЕ ЛАБОРАТОРНЫХ УСЛУГ, ОКАЗЫВАЕМЫХ ЦЕНТРАЛИЗОВАННЫМИ ЛАБОРАТОРИЯМИ**

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

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

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

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

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

### 1. Общие положения

Направлениями использования телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи являются:

- дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой;
- дистанционное взаимодействие медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями;
- дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента, в том числе дистанционное мониторинговое наблюдение отдельных показателей при хронических неинфекционных заболеваниях (в 2020 году финансовое обеспечение осуществляется в рамках региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- прочие затраты.

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

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

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

– оплата по тарифам за услугу (без механизма взаиморасчетов) – целесообразно в случае применения способа оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), а также в случае, когда консультируемая медицинская организация не имеет прикрепленного населения;

– оплата по тарифам за услугу в рамках межучрежденческих расчетов через страховые медицинские организации – целесообразно при применении способа оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи) при включении соответствующих услуг в подушевой норматив.

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

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

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

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

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

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

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

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

- формы оказания медицинской помощи (экстренная, плановая и неотложная) - в размере не более 1,4 для консультации в неотложной и экстренной форме;
- квалификации врача (квалификационная категория, научная степень) исходя из системы оплаты труда;
- специальности врача (группе специальностей врача) исходя из продолжительности времени, затрачиваемого на проведение дистанционного консультирования.

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

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

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

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

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

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

Оплата по тарифам за услугу, отличающимся от тарифов на очное посещение (тарифы ниже, чем на очное посещение) осуществляется в случае применения способа оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), а также в случае, когда медицинская организация не имеет прикрепленного населения.

В случае применения способа оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи) медицинская помощь, включенная в подушевой норматив, отдельно не оплачивается, при этом на нее устанавливается соответствующий тариф, и осуществляется учет в разрезе единиц объема медицинской помощи аналогично очным посещениям.

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

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

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

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

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

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

Субъекты Российской Федерации вправе дифференцировать установленные тарифы в зависимости от:

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

| № п/п     | Код         | Профиль (КПГ) и КСГ   | Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ |
|-----------|-------------|---|--|
| 21        | ds11.001    | Сахарный диабет, дети   | 1,49   |
| 22        | ds11.002    | Другие болезни эндокринной системы, дети  | 1,36   |
| <b>12</b> | <b>ds12</b> | <b>Инфекционные болезни</b>   | <b>0,92</b>                                      |
| 23        | ds12.001    | Вирусный гепатит В хронический, лекарственная терапия   | 2,75   |
| 24        | ds12.010    | Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 1)   | 4,90   |
| 25        | ds12.011    | Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 2)   | 22,20  |
| 26        | ds12.005    | Другие вирусные гепатиты  | 0,97   |
| 27        | ds12.006    | Инфекционные и паразитарные болезни, взрослые   | 1,16   |
| 28        | ds12.007    | Инфекционные и паразитарные болезни, дети   | 0,97   |
| 29        | ds12.008    | Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, взрослые  | 0,52   |
| 30        | ds12.009    | Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети  | 0,65   |
| <b>13</b> | <b>ds13</b> | <b>Кардиология</b>  | <b>0,80</b>                                      |
| 31        | ds13.001    | Болезни системы кровообращения, взрослые  | 0,80   |
| 32        | ds13.002    | Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов   | 3,39   |
| 33        | ds13.003    | Лечение наследственных атерогенных нарушений липидного обмена с применением методов афереза (липидная фильтрация, афинная и иммуносорбция липопротеидов) в случае отсутствия эффективности базисной терапии | 5,07   |
| <b>14</b> | <b>ds14</b> | <b>Колопроктология</b>  | <b>1,70</b>                                      |
| 34        | ds14.001    | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)  | 1,53   |
| 35        | ds14.002    | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)  | 3,17   |
| <b>15</b> | <b>ds15</b> | <b>Неврология</b>   | <b>1,05</b>                                      |
| 36        | ds15.001    | Болезни нервной системы, хромосомные аномалии   | 0,98   |
| 37        | ds15.002    | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)  | 1,75   |
| 38        | ds15.003    | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)  | 2,89   |
| <b>16</b> | <b>ds16</b> | <b>Нейрохирургия</b>  | <b>1,06</b>                                      |
| 39        | ds16.001    | Болезни и травмы позвоночника, спинного мозга, последствия внутричерепной травмы, сотрясение головного мозга  | 0,94   |
| 40        | ds16.002    | Операции на периферической нервной системе  | 2,57   |
| <b>17</b> | <b>ds17</b> | <b>Неонатология</b>   | <b>1,79</b>                                      |
| 41        | ds17.001    | Нарушения, возникшие в перинатальном периоде  | 1,79   |
| <b>18</b> | <b>ds18</b> | <b>Нефрология (без диализа)</b>   | <b>2,74</b>                                      |
| 42        | ds18.001    | Гломерулярные болезни, почечная недостаточность (без диализа)   | 1,60   |
| 43        | ds18.002    | Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ  | 3,25   |
| 44        | ds18.003    | Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа  | 3,18   |
| 45        | ds18.004    | Другие болезни почек  | 0,80   |
| <b>19</b> | <b>ds19</b> | <b>Онкология</b>  | <b>6,11</b>                                      |
| 46        | ds19.001    | Лучевая терапия (уровень 1)   | 1,08   |



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

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

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

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

| № п/п | Код      | Профиль (КПП) и КСГ  | Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПП |
|-------|----------|--|--|
| 144   | ds37.003 | Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (2 балла по ШРМ) | 1,52   |
| 145   | ds37.004 | Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (3 балла по ШРМ) | 1,82   |
| 146   | ds37.005 | Медицинская кардиореабилитация (2 балла по ШРМ)  | 1,39   |
| 147   | ds37.006 | Медицинская кардиореабилитация (3 балла по ШРМ)  | 1,67   |
| 148   | ds37.007 | Медицинская реабилитация при других соматических заболеваниях (2 балла по ШРМ)   | 0,85   |
| 149   | ds37.008 | Медицинская реабилитация при других соматических заболеваниях (3 балла по ШРМ)   | 1,09   |
| 150   | ds37.009 | Медицинская реабилитация детей, перенесших заболевания перинатального периода  | 1,50   |
| 151   | ds37.010 | Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации                   | 1,80   |
| 152   | ds37.011 | Медицинская реабилитация детей с поражениями центральной нервной системы   | 2,75   |
| 153   | ds37.012 | Медицинская реабилитация детей после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем                          | 2,35   |

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

**РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ СЛУЧАЕВ,  
ДЛЯ КОТОРЫХ УСТАНОВЛЕН КСЛП**

| №  | Случаи, для которых установлен КСЛП   | Пороговые значения КСЛП              |
|----|---|--------------------------------------|
| 1  | Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей до 1 года) <sup>1</sup>   | 1,1 - 1,8                            |
| 2  | Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей от 1 до 4)  | 1,1 - 1,4                            |
| 3  | Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний)   | 1,05 - 1,35                          |
| 4  | Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет) (в том числе, включая консультацию врача-гериатра) <sup>2</sup>  | 1,02 - 1,4                           |
| 5  | Сложность лечения пациента при наличии у него старческой астении <sup>3</sup>   | 1,1 - 1,4                            |
| 6  | Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента (перечень указанных заболеваний и состояний представлен в Инструкции) | 1,1 - 1,8                            |
| 7  | Необходимость развертывания индивидуального поста по медицинским показаниям   | 1,1 - 1,5                            |
| 8  | Проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ (перечень возможных сочетаний КСГ представлен в Инструкции)                          | 1,3 - 1,8                            |
| 9  | Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями (методика расчета КСЛП представлена в Инструкции)  | В соответствии с расчетным значением |
| 10 | Проведение сочетанных хирургических вмешательств (перечень возможных сочетанных операций представлен в Инструкции)  | 1,2 - 1,7                            |
| 11 | Проведение однотипных операций на парных органах (перечень возможных однотипных операций на парных органах представлен в Инструкции)  | 1,2 - 1,7                            |
| 12 | Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (критерии   | 1,4 - 1,8                            |

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

<sup>1</sup> Кроме КСГ, относящихся к профилю «Неонатология»

<sup>2</sup> Кроме случаев госпитализации на геронтологические профильные койки

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

<sup>4</sup> В данный этап не входит осуществление размораживания криоконсервированных эмбрионов и перенос криоконсервированных эмбрионов в полость матки

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

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



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

**РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

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

| Показатели  | Единица измерения  | Примечание |
|---|--|------------|
|   |  | Федерации  |
| Доля посещений по заболеваниям, осуществленным в неотложной форме, от общего числа посещений по заболеваниям                                  | % от всех посещений по заболеванию   | -          |
| 1.2. Рекомендуемый период оценки: не чаще одного раза в квартал и 1 раз в год   |  |            |
| Уровень первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста в связи с заболеванием   | Количество случаев на 1 тыс. человек прикрепленного населения трудоспособного возраста   | -          |
| Доля лиц, умерших от инсульта и (или) инфаркта миокарда в трудоспособном возрасте, среди прикрепленного населения                             | Число случаев на 1 тыс. лиц трудоспособного возраста (женщины 18 - 54 года, мужчины 18 - 59 лет), среди прикрепленного населения | -          |
| Доля умерших в трудоспособном возрасте пациентов с ЗНО, состоящих на учете, от общего числа умерших в трудоспособном возрасте пациентов с ЗНО |  |            |
| Уровень заболевания инфарктом   |  |            |
| Уровень заболевания инсультом   |  |            |
| Удельный вес пациентов с сахарным диабетом, перенесших ампутацию  | Процент от всех пациентов с сахарным диабетом среди прикрепленного населения   | -          |
| Удельный вес пациентов с сахарным диабетом, осложнившимся комой   |  |            |
| 2. Показатели интенсивности   |  |            |

| Показатели   | Единица измерения | Примечание   |
|--|-------------------|--|
| 2.1. Рекомендуемый период оценки: не реже 1 раза в месяц   |                   |  |
| Количество посещений на 1 тыс. человек прикрепленного населения  | Ед.               | Для оценки показателя рекомендуется контролировать соответствие фактического количества посещений функции врачебной должности в разрезе медицинских специальностей.        |
| Доля посещений с профилактической целью от общего количества посещений   | %                 | Показатель не используется, если оплата посещений с профилактической целью (диспансеризация, профилактические осмотры) осуществляется за единицу объема медицинской помощи |
| Количество выявленных случаев злокачественных новообразований всех локализаций на 1000 прикрепившихся  | Ед.               | -  |
| Доля пациентов, охваченных диспансерным наблюдением из числа подлежащих, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения                       | %                 | Для оценки показателей рекомендуется применять ретроспективный анализ оказанных медицинских услуг, в том числе при госпитализации  |
| Доля лиц с впервые выявленной ишемической болезнью сердца, взятых под диспансерное наблюдение, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения | %                 |  |
| Доля лиц с впервые выявленной артериальной гипертензией, взятых под диспансерное наблюдение, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения   | %                 |  |
| 2.2. Рекомендуемый период оценки: не чаще одного раза в квартал и 1 раз в год  |                   |  |
| Охват диспансеризацией определенных групп  | % (целевое)       | Для оценки   |

| Показатели  | Единица измерения  | Примечание  |
|---|--|---|
| взрослого населения из подлежащего диспансеризации в текущем году   | значение - не менее 80 процентов от подлежащих)              | показателя может применяться индикатор отношения количества случаев II-го этапа диспансеризации к общему количеству законченных случаев диспансеризации |
| Охват населения всех (или отдельных) возрастных групп, охваченных профилактическими прививками против гриппа, от общего числа лиц указанных групп, подлежащих охвату профилактическими прививками, среди лиц, прикрепленных к медицинской организации | % (целевое значение - не менее 30 процентов от подлежащих)   | -   |
| Охват населения всех (или отдельных) возрастных групп вакцинированием против пневмококковой инфекции от общего числа лиц указанных групп, подлежащих охвату профилактическими прививками, среди лиц, прикрепленных к медицинской организации          | % (целевое значение - не менее 10% прикрепленного населения) | -   |

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

| Код услуги      | Наименование услуги   | Число УЕТ      |               |
|-----------------|---|----------------|---------------|
|                 |   | взрослый прием | детский прием |
| A12.07.001      | Витальное окрашивание твердых тканей зуба                                 | 0,35           | 0,35          |
| A12.07.003      | Определение индексов гигиены полости рта                                  | 0,61           | 0,61          |
| A12.07.004      | Определение пародонтальных индексов                                       | 0,76           | 0,76          |
| B01.003.004.002 | Проводниковая анестезия   | 0,96           | 0,96          |
| B01.003.004.004 | Аппликационная анестезия  | 0,31           | 0,31          |
| B01.003.004.005 | Инфильтрационная анестезия  | 0,5            | 0,5           |
| A06.30.002      | Описание и интерпретация рентгенографических изображений                  | 0,93           | 0,93          |
| A06.07.010      | Радиовизиография челюстно-лицевой области                                 | 0,75           | 0,75          |
| A06.07.003      | Прицельная внутриротовая контактная рентгенография                        | 0,75           | 0,75          |
| A11.07.026      | Взятие образца биологического материала из очагов поражения органов рта   | 1,12           | 1,12          |
| A11.01.019      | Получение соскоба с эрозивно-язвенных элементов кожи и слизистых оболочек | 1,12           | 1,12          |
| A11.07.011      | Инъекционное введение лекарственных препаратов в челюстно-лицевую область | 1,1            | 1,1           |
| A25.07.001      | Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов  | 0,25           | 0,25          |
| A05.07.001      | Электроодонтометрия зуба  | 0,42           | 0,42          |
| B01.064.003     | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный         |                | 1,95          |
| B01.064.004     | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный         |                | 1,37          |
| B04.064.001     | Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского      |                | 1,19          |
| B01.065.007     | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный                  | 1,68           | 1,95          |
| B01.065.008     | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога повторный                  | 1,18           | 1,37          |
| B04.065.005     | Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога               | 1,25           | 1,19          |
| B01.065.001     | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта первичный        | 1,68           |               |
| B01.065.002     | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный        | 1,18           |               |
| B04.065.001     | Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта     | 1,25           |               |

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

| Код услуги     | Наименование услуги  | Число УЕТ      |               |
|----------------|--|----------------|---------------|
|                |  | взрослый прием | детский прием |
| A16.07.002.011 | Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров <sup>2</sup> | 3,75           | 3,75          |
| A16.07.002.012 | Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров <sup>2</sup>                                      | 4              | 4             |
| A16.07.002.009 | Наложение временной пломбы   | 1,25           | 1,25          |
| A16.07.091     | Снятие временной пломбы  | 0,25           | 0,25          |
| A16.07.092     | Трепанация зуба, искусственной коронки   | 0,48           | 0,48          |
| A16.07.008.001 | Пломбирование корневого канала зуба пастой   | 1,16           | 1,16          |
| A16.07.008.002 | Пломбирование корневого канала зуба гуттаперчевыми штифтами  | 1,7            | 1,7           |
| A11.07.027     | Наложение девитализирующей пасты   | 0,03           | 0,03          |
| A16.07.009     | Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы)  | 0,21           | 0,21          |
| A16.07.010     | Экстирпация пульпы   | 0,46           | 0,46          |
| A16.07.019     | Временное шинирование при заболеваниях пародонта <sup>3</sup>  | 1,98           | 1,98          |
| A16.07.020.001 | Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба ручным методом <sup>4</sup>   | 0,32           | 0,32          |
| A16.07.025.001 | Избирательное полирование зуба   | 0,2            | 0,2           |
| A22.07.002     | Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба <sup>4</sup>   | 0,2            | 0,2           |
| A16.07.030.001 | Инструментальная и медикаментозная обработка хорошо проходимого корневого канала   | 0,92           | 0,92          |
| A16.07.030.002 | Инструментальная и медикаментозная обработка плохо проходимого корневого канала  | 1,71           | 1,71          |
| A16.07.030.003 | Временное пломбирование лекарственным препаратом корневого канала  | 0,5            | 0,5           |
| A16.07.039     | Закрытый кюретаж при заболеваниях пародонта в области зуба <sup>4</sup>  | 0,31           | 0,31          |
| A16.07.082.001 | Распломбировка корневого канала ранее леченного пастой   | 2              | 2             |
| A16.07.082.002 | Распломбировка одного корневого канала ранее леченного фосфатцементом/резорцин-формальдегидным методом                                       | 3,55           | 3,55          |
| B01.067.001    | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный   | 1,4            | 1,4           |
| B01.067.002    | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный   | 1,08           | 1,08          |
| A11.03.003     | Внутрикостное введение лекарственных препаратов  | 0,82           | 0,82          |
| A15.03.007     | Наложение шины при переломах костей <sup>5</sup>   | 6,87           | 6,87          |
| A15.03.011     | Снятие шины с одной челюсти  | 1,43           | 1,43          |



| Код услуги     | Наименование услуги   | Число УЕТ      |               |
|----------------|---|----------------|---------------|
|                |   | взрослый прием | детский прием |
| A15.04.002     | Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов                           | 2,55           | 2,55          |
| A15.07.001     | Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) зубов                              | 2,96           | 2,96          |
| A11.07.001     | Биопсия слизистой полости рта   | 1,15           | 1,15          |
| A11.07.002     | Биопсия языка   | 1,15           | 1,15          |
| A11.07.005     | Биопсия слизистой преддверия полости рта  | 1,15           | 1,15          |
| A11.07.007     | Биопсия тканей губы   | 1,15           | 1,15          |
| A11.07.008     | Пункция кисты полости рта   | 0,91           | 0,91          |
| A11.07.009     | Бужирование протоков слюнных желез  | 3,01           | 3,01          |
| A11.07.013     | Пункция слюнной железы  | 0,91           | 0,91          |
| A11.07.014     | Пункция тканей полости рта  | 0,91           | 0,91          |
| A11.07.015     | Пункция языка   | 0,91           | 0,91          |
| A11.07.016     | Биопсия слизистой ротоглотки  | 1,15           | 1,15          |
| A11.07.018     | Пункция губы  | 0,91           | 0,91          |
| A11.07.019     | Пункция патологического образования слизистой преддверия полости рта                            | 0,91           | 0,91          |
| A11.07.020     | Биопсия слюнной железы  | 1,15           | 1,15          |
| A15.01.003     | Наложение повязки при операции в челюстно-лицевой области                                       | 1,06           | 1,06          |
| A15.07.002     | Наложение повязки при операциях в полости рта   | 1,06           | 1,06          |
| A16.01.004     | Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани <sup>6</sup>                              | 1,3            | 1,3           |
| A16.01.008     | Сшивание кожи и подкожной клетчатки <sup>7</sup>  | 0,84           | 0,84          |
| A16.07.097     | Наложение шва на слизистую оболочку рта   | 0,84           | 0,84          |
| A16.01.012     | Вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса)   | 2              | 2             |
| A16.01.016     | Удаление атеромы  | 2,33           | 2,33          |
| A16.01.030     | Иссечение грануляции  | 2,22           | 2,22          |
| A16.04.018     | Вправление вывиха сустава   | 1              | 1             |
| A16.07.095.001 | Остановка луночного кровотечения без наложения швов методом тампонады                           | 1,25           | 1,25          |
| A16.07.095.002 | Остановка луночного кровотечения без наложения швов с использованием гемостатических материалов | 1              | 1             |
| A16.07.001.001 | Удаление временного зуба  | 1,01           | 1,01          |
| A16.07.001.002 | Удаление постоянного зуба   | 1,55           | 1,55          |
| A16.07.001.003 | Удаление зуба сложное с разъединением корней  | 2,58           | 2,58          |
| A16.07.024     | Операция удаления ретинированного, дистопированного или сверхкомплектного зуба                  | 3              | 3             |
| A16.07.040     | Лоскутная операция в полости рта <sup>8</sup>   | 2,7            | 2,7           |
| A16.07.007     | Резекция верхушки корня   | 3,78           | 3,78          |
| A16.07.011     | Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления в полости рта                     | 1              | 1             |
| A16.07.012     | Вскрытие и дренирование одонтогенного абсцесса  | 0,97           | 0,97          |

| Код услуги     | Наименование услуги   | Число УЕТ      |               |
|----------------|---|----------------|---------------|
|                |   | взрослый прием | детский прием |
| A16.07.013     | Отсроченный кюретаж лунки удаленного зуба   | 1,03           | 1,03          |
| A16.07.014     | Вскрытие и дренирование абсцесса полости рта  | 2,14           | 2,14          |
| A16.07.015     | Вскрытие и дренирование очага воспаления мягких тканей лица или дна полости рта               | 2,41           | 2,41          |
| A16.07.016     | Цистотомия или цистэктомия  | 3,89           | 3,89          |
| A16.07.017.002 | Коррекция объема и формы альвеолярного отростка <sup>9</sup>                                  | 1,22           | 1,22          |
| A16.07.026     | Гингивэктомия   | 4,3            | 4,3           |
| A16.07.089     | Гингивопластика   | 4,3            | 4,3           |
| A16.07.038     | Открытый кюретаж при заболеваниях пародонта в области зуба <sup>4</sup>                       | 1              | 1             |
| A16.07.042     | Пластика уздечки верхней губы   | 2,1            | 2,1           |
| A16.07.043     | Пластика уздечки нижней губы  | 2,1            | 2,1           |
| A16.07.044     | Пластика уздечки языка  | 1              | 1             |
| A16.07.096     | Пластика перфорации верхнечелюстной пазухи  | 4              | 4             |
| A16.07.008.003 | Закрытие перфорации стенки корневого канала зуба  | 1,8            | 1,8           |
| A16.07.058     | Лечение перикоронита (промывание, рассечение и/или иссечение капюшона)                        | 1,04           | 1,04          |
| A16.07.059     | Гемисекция зуба   | 2,6            | 2,6           |
| A11.07.025     | Промывание протока слюнной железы   | 1,85           | 1,85          |
| A16.22.012     | Удаление камней из протоков слюнных желез   | 3              | 3             |
| A16.30.064     | Иссечение свища мягких тканей   | 2,25           | 2,25          |
| A16.30.069     | Снятие послеоперационных швов (лигатур)   | 0,38           | 0,38          |
| B01.054.001    | Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта  | 1,5            | 1,5           |
| A17.07.001     | Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов                       | 1,5            | 1,5           |
| A17.07.003     | Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов  | 0,5            | 0,5           |
| A17.07.004     | Ионофорез при патологии полости рта и зубов   | 1,01           | 1,01          |
| A17.07.006     | Депозифорез корневого канала зуба   | 1,5            | 1,5           |
| A17.07.007     | Дарсонвализация при патологии полости рта   | 2              | 2             |
| A17.07.008     | Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов  | 1,67           | 1,67          |
| A17.07.009     | Воздействие электрическими полями при патологии полости рта и зубов                           | 1              | 1             |
| A17.07.010     | Воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов | 1              | 1             |
| A17.07.011     | Воздействие токами ультравысокой частоты при патологии полости рта и зубов                    | 1,25           | 1,25          |
| A17.07.012     | Ультравысокочастотная индуктотермия при патологии полости рта и зубов                         | 1,25           | 1,25          |
| A20.07.001     | Гидроорошение при заболевании полости рта и зубов   | 1,5            | 1,5           |
| A21.07.001     | Вакуум-терапия в стоматологии   | 0,68           | 0,68          |

| Код услуги                     | Наименование услуги  | Число УЕТ      |               |
|--------------------------------|--|----------------|---------------|
|                                |  | взрослый прием | детский прием |
| A22.07.005                     | Ультрафиолетовое облучение ротоглотки                                      | 1,25           | 1,25          |
| A22.07.007                     | Ультрафонофорез лекарственных препаратов на область десен                  | 1              | 1             |
| <b>Ортодонтия</b>              |  |                |               |
| B01.063.001                    | Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта первичный                     |                | 4,21          |
| B01.063.002                    | Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта повторный                     |                | 1,38          |
| B04.063.001                    | Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта                  |                | 1,69          |
| A02.07.004                     | Антропометрические исследования  |                | 1,1           |
| A23.07.002.027                 | Изготовление контрольной модели  |                | 2,5           |
| A02.07.010.001                 | Снятие оттиска с одной челюсти   |                | 1,4           |
| A02.07.010                     | Исследование на диагностических моделях челюстей                           |                | 2             |
| A23.07.001.001                 | Коррекция съемного ортодонтического аппарата                               |                | 1,75          |
| A23.07.003                     | Припасовка и наложение ортодонтического аппарата                           |                | 1,8           |
| A23.07.001.002                 | Ремонт ортодонтического аппарата   |                | 1,55          |
| A23.07.002.037                 | Починка перелома базиса самотвердеющей пластмассой                         |                | 1,75          |
| A23.07.002.045                 | Изготовление дуги вестибулярной с дополнительными изгибами                 |                | 3,85          |
| A23.07.002.073                 | Изготовление дуги вестибулярной  |                | 2,7           |
| A23.07.002.051                 | Изготовление кольца ортодонтического                                       |                | 4             |
| A23.07.002.055                 | Изготовление коронки ортодонтической                                       |                | 4             |
| A23.07.002.058                 | Изготовление пластинки вестибулярной                                       |                | 2,7           |
| A23.07.002.059                 | Изготовление пластинки с заслоном для языка (без кламмеров)                |                | 2,5           |
| A23.07.002.060                 | Изготовление пластинки с окклюзионными накладками                          |                | 18,0          |
| A16.07.053.002                 | Распил ортодонтического аппарата через винт                                |                | 1             |
| <b>Профилактические услуги</b> |  |                |               |
| B04.064.002                    | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского   |                | 1,57          |
| B04.065.006                    | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога            | 1,3            | 1,57          |
| B04.065.002                    | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта  | 1,3            |               |
| B04.065.004                    | Профилактический прием (осмотр, консультация) зубного врача                | 1,3            | 1,3           |
| A11.07.012                     | Глубокое фторирование эмали зуба   | 0,3            | 0,3           |
| A11.07.024                     | Местное применение реминерализующих препаратов в области зуба <sup>4</sup> | 0,7            | 0,7           |
| A13.30.007                     | Обучение гигиене полости рта   | 0,87           | 0,87          |
| A16.07.057                     | Запечатывание фиссуры зуба герметиком                                      | 1              | 1             |

**Примечания:**

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

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

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

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

$$T_{\text{УСЛ}} = 3O_{\text{ПРНАЧ}} + Z_{\text{АМПР}} + Z_{\text{НЕПР}}, \text{ где:}$$

- $T_{\text{УСЛ}}$  тариф на проведение Дистанционной консультации, рублей;
- $3O_{\text{ПРНАЧ}}$  затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда персонала, принимающего непосредственное участие в проведении Дистанционной консультации, рублей;
- $Z_{\text{АМПР}}$  затраты на амортизацию основных средств, непосредственно используемых при проведении Дистанционной консультации стоимостью до 100 тыс. рублей за единицу, рублей;
- $Z_{\text{НЕПР}}$  не прямые затраты, включающие затраты на коммунальные услуги, на содержание объектов движимого и недвижимого имущества, на приобретение услуг связи, транспортных услуг, на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников медицинской организации, которые не принимают непосредственного участия в проведении Дистанционной консультации, сумма амортизации основных средств стоимостью до 100 тыс. рублей за единицу, не используемых при проведении Дистанционной консультации и прочие затраты на общехозяйственные нужды, рублей;

$$250,60 \text{ руб.} = 175,41 \text{ руб.} + 4,15 \text{ руб.} + 71,04 \text{ руб.};$$

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

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

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

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

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

$$175,41 \text{ руб.} = 134,72 \text{ руб.} + 40,69 \text{ руб.};$$

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

$$З_{\text{ОТПР}} = \frac{\sum_i \left( \frac{ЗП_i}{СМФРВ_{\text{кат}i}} * t_i \right) * \text{Домс} * \text{Кинд}}{\text{СКД}_{\text{ЗП}} * \text{СКО}}, \text{ где:}$$

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

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

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

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

$\text{Кинд}$  темп роста заработной платы медицинских работников в соответствии с базовым вариантом Прогноза Социально-

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

СКД<sub>зп</sub> средневзвешенный районный коэффициент дифференциации заработной платы (для 2020 г. = 1,149);

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

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

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

| №п/п | Наименование                                    | Целевые значения среднемесячной заработной платы на 2020 год (ЗП <sub>г</sub> ), рублей | Средний месячный фонд рабочего времени на 2020 год (СМФРВ <sub>катг</sub> ), часов <sup>1</sup> | Затраты времени на консультацию (t <sub>г</sub> ), часов <sup>2</sup> |
|------|---|---|---|---|
| 1    | Врач-специалист, работающий 33 часа в неделю    | 84 822,0  | 136,4   | 0,30  |
| 2    | Средний медицинский персонал, 39 часов в неделю | 42 411,0  | 161,2   | 0,15  |
| 3    | Младший медицинский персонал, 39 часов в неделю | 42 411,0  | 161,2   | 0,023   |
| 4    | Специалист ИТ-службы, 40 часов в неделю*        | 84 822,0  | 165,3   | 0,03  |

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

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

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

$$N_{\text{ОТПР}} = Z_{\text{ОТПР}} * K_{\text{НАЧ}}, \text{ где:}$$

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

$$40,69 \text{ руб.} = 134,72 \text{ руб.} * 30,2\%.$$

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

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

$$Z_{\text{АМПР}} = \sum \left( \frac{C_{\text{ОСПР}}}{\Gamma_{\text{ПИ}} * \text{Ч}_{\text{РДГОД}} * \text{Ч}_{\text{РД}}} \right) * t_{\text{УСЛ}}, \text{ где:}$$

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

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

$\text{Ч}_{\text{РДГОД}}$  число рабочих дней в году, дней (для 2020 г. – 248);

$\text{Ч}_{\text{РД}}$  продолжительность рабочего дня (смены), часов;

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

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



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

| № п/п | Наименование                                     | Средняя стоимость единицы (С <sub>ОСПР</sub> ), рублей <sup>3</sup> | Срок полезного использования (Г <sub>ПИ</sub> ), лет <sup>4</sup> |
|-------|--|---|---|
| 1     | Персональный компьютер                           | 45 496,5  | 3   |
| 2     | Многофункциональное устройство (принтер, сканер) | 35 047,5  | 3   |
| 3     | Источник бесперебойного питания                  | 19 888,3  | 3   |
| 4     | Веб-камера внешняя                               | 3 296,5   | 3   |
| 5     | Офисное программное обеспечение                  | 19 820,0  | 3   |

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

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

В качестве основания для структурного метода отнесения непрямых затрат выбран размер затрат на оплату труда и начислений на выплаты по оплате труда персонала, принимающего непосредственное участие в проведении Дистанционной консультации (З<sub>ОТ<sub>ПРНАЧ</sub></sub>).

$$Z_{\text{НЕПР}} = \sum \frac{Z_{\text{ОТ}_{\text{ПРНАЧ}}}}{100} * K_{\text{ОСТ}}, \text{ где:}$$

$K_{\text{ОСТ}}$  рекомендуемые пропорции отнесения каждой статьи непрямых затрат в соответствии с Таблицей 3;

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

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

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

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

**Примечания:**

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

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

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

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

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