

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
о стоимости медицинской помощи, предоставляемой по
Территориальной программе обязательного медицинского
страхования на территории Пензенской области в 2018 году
(далее – Тарифное соглашение)

г. Пенза

от 22 декабря 2017 года

I. Общие положения.

1. Тарифное соглашение о стоимости медицинской помощи, предоставляемой по Территориальной программе обязательного медицинского страхования на территории Пензенской области (далее – Тарифное соглашение), разработано в соответствии с требованиями Федеральных законов от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с последующими изменениями), от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с последующими изменениями), Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 марта 2011 года, регистрационный №19998) (в редакции от 11.01.2017 №2н «О внесении изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. №158н» (Зарегистрировано в Минюсте России 27.01.2017 №45459), постановления Правительства Российской Федерации от 08.12.2017 года №1492 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов», Номенклатуры медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 N 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (Зарегистрировано в Минюсте России 07.11.2017 N 48808) , приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 года №555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи», зарегистрированного в Министерстве юстиции Российской Федерации 4 июня 2012 года № 24440 (с последующими изменениями), Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, одобренных решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (протокол заседания от 14.11.2017 №66/11/19) и направленных в субъекты Российской Федерации совместным письмом от 21 ноября 2017 года Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/10/2-8080 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 13572/26-2/и, Приказа Федерального фонда ОМС от 18.11.2014 №200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», зарегистрировано в Минюсте России 24.12.2014 N 35382 (с последующими изменениями), Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 №514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (Зарегистрировано в Минюсте России 18.08.2017 №47855), Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.10.2017 №869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.12.2017 №49214), информационного письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.12.2017 № 11-7/10/2-8616 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государ-

ственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов», постановления Правительства Пензенской области от 22.12.2017 №627-пП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Пензенской области на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов».

2. Тарифы на медицинскую помощь являются предметом соглашения между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Пензенской области, представителями страховых медицинских организаций, осуществляющих ОМС на территории Пензенской области, представителями профессиональных медицинских союзов медицинских работников Пензенской области, представителями медицинской профессиональной некоммерческой организации, созданной в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с последующими изменениями), являющимися членами Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования.

В состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия), действующей в соответствии с ч.2 ст.30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ (с последующими изменениями), ч.9 ст.36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ (с последующими изменениями), ст.76 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (с последующими изменениями), Положения о деятельности Комиссии по формированию территориальной программы обязательного медицинского страхования, утвержденного Приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н (с последующими изменениями), Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 08.12.2017 №1492, постановлением Правительства Пензенской области от 26.08.2011 №583-пП «Об утверждении состава Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования» (с последующими изменениями), участвующей в согласовании Тарифного соглашения, входят следующие представители сторон:

- от органа исполнительной власти Пензенской области, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти Пензенской области (Министерства здравоохранения Пензенской области): министр В.В.Стрючков, заместитель министра О.В.Чижова, начальника отдела государственных гарантий ОМС и целевых программ Министерства здравоохранения Пензенской области О.А.Евдокимова,

- от Территориального фонда ОМС Пензенской области: директор Е.А. Аксенова, начальник управления по формированию и финансированию ТПОМС И.В. Жучкова, начальник отдела экономического обоснования, формирования и анализа ТПОМС Л.В.Савинова;

- от страховых медицинских организаций: и.о. директора филиала АО «МАКС-М» в г.Пензе Д.А. Гагаринский, директор Филиала ООО «РГС-Медицина» - «Росгосстрах-Пенза-Медицина» В.А.Ковалев, заместитель директора Филиала ООО «РГС-Медицина» - «Росгосстрах-Пенза-Медицина» И.А. Грешникова,

- от областной организации Профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации: заместитель председателя Г.А. Попадюк, правовой инспектор труда С.В.Мальченков, технический инспектор труда Р.Ю. Исаков,

- от региональной общественной организации по защите прав и законных интересов медицинских и фармацевтических работников «Врачебная Палата» Пензенской области: чле-

ны организации: главный врач ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н.Бурденко» А.В. Никишин, врач статистик отдела учета и медицинской статистики организационно-методического отдела ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» Ю.А. Орлов, главный врач ГБУЗ «Областной онкологический диспансер» В.С. Серебряков.

3. Предметом Тарифного соглашения является утверждение единых тарифов на медицинскую помощь, оказываемую в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – ТПОМС) по условиям и уровням оказания медицинской помощи на основании:

3.1. Установленных настоящим Тарифным соглашением базовых ставок финансирования, поправочных коэффициентов и коэффициентов дифференциации.

3.2. Предложений членов Комиссии по разработке ТПОМС, медицинских организаций, сформированных в соответствии с требованиями п. 155- 166 Правил ОМС, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.201 №158н (с последующими изменениями), в части тарифов:

- на простые медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях (амбулаторная хирургия);
- на диагностические исследования, проводимые в амбулаторных условиях;
- на отдельные функциональные исследования, проводимые в рамках I этапа профилактического осмотра несовершеннолетних.

3.3. Нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС в соответствии с требованиями, установленными базовой программой ОМС, в части тарифов за законченный случай госпитализации по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего, в том числе методы лечения), финансирование которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 08.12.2017 №1492 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов».

3.4. Перечней тарифов, представленных в приложениях №4,6 к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, одобренным решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (протокол заседания от 14.11.2017 №66/11/19) и направленным в субъекты Российской Федерации совместным письмом от 21 ноября 2017 года Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/10/2-8080 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 13572/26-2/и.

4. Тарифы являются денежными суммами, определяющими уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинских организаций по выполнению ТПОМС на территории Пензенской области.

Тарифы на оплату медицинской помощи базируются на нормативах финансовых затрат и структуре тарифа на оплату медицинской помощи, установленных в Территориальной Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Пензенской области на 2018 год (далее - Программа государственных гарантий) и настоящим Тарифным соглашением.

5. Способы оплаты медицинской помощи, размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются в зависимости от условий оказания медицинской помощи,

определенных частью 3 статьи 32 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

- вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

6. Размер тарифа на оплату медицинской помощи устанавливается дифференцированно для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций:

1) коэффициент первого уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа):

первичную медико-санитарную помощь;

и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 4 профилям, включая терапевтический, хирургический и педиатрический профиль;

и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

2) коэффициент второго уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций, имеющих в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие в том числе специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям медицинской помощи и (или) населению нескольких муниципальных образований, а также для специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, центров, диспансеров (в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.08.2013 №529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций»).

3) коэффициент третьего уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

В пределах третьего уровня системы организации выделяются подуровни:

- II-ой подуровень, включающий федеральные медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в пределах нескольких субъектов;

- III-ий подуровень, включающий медицинские организации, расположенные на территории закрытых административных территориальных образований.

Распределение медицинских организаций, участвующих в реализации ТПОМС, по уровням оказания медицинской помощи представлено в приложении №1 к настоящему Тарифному соглашению и осуществлено на основании:

- разъяснений Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.12.2017 № 11-7/10/2-8616 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов»;

- приказа ФФОМС от 29.11.2016 №267 «О внесении изменений в Требования к структуре и содержанию Тарифного соглашения, утвержденные приказом ФФОМС от 18.11.2014 №200» (с последующими изменениями);

- методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, одобренных решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (протокол заседания от 14.11.2017 №66/11/19) и направленных в субъекты Российской Федерации совместным письмом от 21 ноября 2017 года Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/10/2-8080 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 13572/26-2/и.

7. При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи допускается дифференциация тарифов на оплату медицинской помощи в части их размера и структуры, устанавливаемых в соответствии с пунктом 6 настоящего Тарифного соглашения, по группам медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций с учетом объективных критериев: вида медицинской помощи, достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации.

8. При установлении размера тарифов на оплату медицинской помощи применяется коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года №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» (в редакции от 05.04.2017 №412), который для Пензенской области на 2018 год составляет 1,006.

Данный коэффициент дифференциации является единым для всей территории Пензенской области и учитывается в базовых ставках финансирования, а также используется при расчете тарифов:

- на случай госпитализации при оказании высокотехнологичной, включенной в БПОМС по формуле, указанной в приложении 10 к разъяснениям Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.12.2017 № 11-7/10/2-8616;

- на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации отдельных категорий граждан в соответствии с требованиями, изложенными в методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, направленных в субъекты Российской Федерации совместным письмом от 21 ноября 2017 года Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/10/2-8080 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 13572/26-2/и;

- на услуги диализа в соответствии с требованиями, изложенными в методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, направленных в субъекты Российской Федерации совместным письмом от 21 ноября 2017 года Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/10/2-8080 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 13572/26-2/и.

9. При установлении размера и структуры подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, а также подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой

мой вне медицинской организации, применяются половозрастные коэффициенты дифференциации. Для определения половозрастных коэффициентов дифференциации численность застрахованных лиц распределяется на следующие половозрастные группы (далее - половозрастные группы):

- ноль - один год мужчины/женщины;
- один год - четыре года мужчины/женщины;
- пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;
- восемнадцать лет - пятьдесят девять лет мужчины;
- восемнадцать лет - пятьдесят четыре года женщины;
- шестьдесят лет и старше мужчины;
- пятьдесят пять лет и старше женщины.

10. Основные понятия, термины и определения.

ОМС	- обязательное медицинское страхование
ТПОМС	- Территориальная программа обязательного медицинского страхования, принятая на территории Пензенской области на текущий финансовый год
Программа государственных гарантий	- Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов, утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 08.12.2017 №1492
Тарифное соглашение	- Тарифное соглашение о стоимости медицинской помощи, предоставляемой по Территориальной программе обязательного медицинского страхования на территории Пензенской области
Правила ОМС	- Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н (с последующими изменениями)
БПОМС	- Базовая программа обязательного медицинского страхования, утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 08.12.2017 №1492
СМО	- Страховая медицинская организация
МО	- медицинская организация
ГБУЗ	- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Комиссия	- Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования
Номенклатура медицинских услуг	- Номенклатура медицинских услуг, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 N 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»
МКБ- 10	- Международная классификация болезней
Клинико-статистическая	- Группа заболеваний, относящихся к одному профилю меди-

группа заболеваний (КСГ)	цинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов)
УЕТ	- Условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи равная 10 минутам
ВМП	- Высокотехнологичная медицинская помощь
ТФОМС	- Территориальный фонд обязательного медицинского страхования
ФФОМС	- Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
ЭКО	- Экстракорпоральное оплодотворение
МЭК	- Медико-экономический контроль
МЭЭ	- Медико – экономическая экспертиза
ЭКМП	- Экспертиза качества медицинской помощи
Инструкция	- Инструкция по группировке случаев, в том числе правила дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, направленная ФФОМС в ТФОМС от 12.12.2017 №14531/26-2/и
Стандарт	- Стандарт оказания медицинской помощи, утвержденный соответствующим приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации
Требования	- Приказ Федерального фонда ОМС от 18.11.2014 №200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (с последующими изменениями)
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
Оплата медицинской помощи по КСГ	- Оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратоемкости и поправочных коэффициентов
Базовая ставка	- Средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, с учетом других параметров (средняя стоимость законченного случая лечения; средняя стоимость 1 посещения с профилактической и иными целями и по поводу заболевания; средняя стоимость одного посещения в неотложной форме)

Базовый подушевой норматив финансирования	-	Средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одно прикрепившееся к медицинской организации застрахованное по ОМС лицо для получения первичной медико-санитарной помощи, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТПОМС, с учетом других параметров (базовая ставка подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях; базовая ставка подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации)
Коэффициент относительной затратоемкости	-	Коэффициент затратоемкости клинико-статистической группы заболеваний, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке)
Коэффициент дифференциации	-	Устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и индекса бюджетных расходов
Поправочные коэффициенты	-	Устанавливаемые на территориальном уровне: управленческий коэффициент, коэффициент уровня оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов
Управленческий коэффициент	-	Устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе
Коэффициент 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
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
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
Оплата медицинской помощи за услугу, в условиях круглосуточного и дневного стационаров	-	составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг

II. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые на территории Пензенской области.

1. При реализации ТПОМС на территории Пензенской области в 2018 году применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации.

1.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

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

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

1.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

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

- 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.

1.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

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

- 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.

1.4. При оплате 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), - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

2. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи (доврачебной, врачебной и специализированной), оказываемой в амбулаторных условиях в медицинских организациях и их соответствующих структурных подразделениях, осуществляется:

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

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением

расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи).

2.1. *Перечень медицинских организаций* (структурных подразделений медицинских организаций) участвующих в реализации ТПОМС на 2018 год, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, включающий:

2.1.1. Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), участвующие в реализации ТПОМС на 2018 год, имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (далее - подушевой норматив) в разрезе групп медицинских организаций в соответствии с пунктами 3 и 4 Требований (Таблица №1).

Таблица №1

№ п/п	Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях, по группам медицинских организаций
1	2
	1 группа
1	ГБУЗ «Городская поликлиника»
2	ФГОУ ВО «Пензенский государственный университет»
	2 группа
3	ГБУЗ «Каменская МРБ»
4	ГБУЗ «Лунинская РБ»
5	ФГБУЗ «МСЧ 59 ФМБА»
6	ГБУЗ «Пензенская РБ»
7	НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст.Пенза ОАО «РЖД»
8	ГБУЗ «Белинская РБ»
9	ФКУ «Войсковая часть 45108»
10	ГБУЗ «Городищенская РБ»
11	ГБУЗ «Н-Ломовская МРБ»
12	ГБУЗ «Сердобская МРБ им. А.И.Настина»
13	ГБУЗ «Кольшлейская РБ»
14	ГБУЗ «Кузнецкая МРБ»
15	ГБУЗ «Лопатинская УБ»
16	ГБУЗ «Земетчинская РБ»
17	ГБУЗ «Бессоновская РБ»
18	ГБУЗ «Никольская РБ»
19	ГБУЗ «Шемьшейская УБ»
20	ГБУЗ «Башмаковская РБ»
21	ГБУЗ «Иссинская УБ»
22	ГБУЗ «Мокшанская РБ»
23	ГБУЗ «Тамалинская УБ»

1	2
24	ГБУЗ «Сосновоборская УБ»
	3 группа
25	ГБУЗ «Кузнецкая межрайонная детская больница»
26	ГБУЗ «Городская детская поликлиника»

2.1.2. Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), участвующие в реализации ТПОМС на 2018 год, не имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (Таблица №2).

Таблица №2

№ п/п	Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций)
1	2
1	ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница имени Н.Н. Бурденко»
2	ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница имени Н.Ф.Филатова»
3	ГБУЗ «Областной онкологический диспансер»
4	ГБУЗ «Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн»
5	ГБУЗ «Пензенская областная офтальмологическая больница»
6	ГБУЗ «Клиническая больница № 5»
7	ГБУЗ «Клиническая больница № 6 имени Г.А. Захарьина»
8	ГБУЗ «Клиническая больница №4»
9	ГАУЗ ПО «Городская стоматологическая поликлиника»
10	ГБУЗ «Пензенский городской родильный дом»
11	ГАУЗ ПО «Детская стоматологическая поликлиника»
12	ГБУЗ «Кузнецкая межрайонная стоматологическая поликлиника»
13	ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи»
14	ГБУЗ «Пензенская областная туберкулезная больница»
15	ГБУЗ «Пензенский областной центр медицинской профилактики»
16	ГАУЗ «Республиканская клиническая офтальмологическая больница МЗ РТ» - Республика Татарстан
17	ФКУЗ «МСЧ МВД РФ по ПО»
18	ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ РФ (г.Пенза)
19	АО «ППО ЭВТ им. В.А. Ревунова»
20	ООО «ИНМЕД»
21	ООО «Медцентр-УЗИ»
22	ООО «ЛДЦ МИБС - Пенза»
23	ООО «Добрый доктор»
24	ООО «Нейрон-Мед»
25	ООО Консультативно-диагностический центр «Клиника-Сити»
26	ООО «Фрезениус Нефрокеа»
27	ООО «Здоровье»
28	ООО МЦ «Новая клиника»
29	ООО «Клинико-диагностический центр «МЕДИСОФТ»
30	ООО «Стоматологическая клиника «Зубного искусства»
31	ООО «Профимед»

1	2
32	ООО «Салютэ»
33	ООО «Биокор Клиник»
34	ООО «Клинико-диагностический центр «МЕДИЛАЙН»
35	ООО «Клиника диагностики и лечения на Измайлова»
36	ООО «Медицинская клиника «Здоровье»
37	ОАО «Фармация»
38	ООО «Стоматология»
39	ООО «АльфаДент»
40	ООО «Пенза-Мед»
41	ООО «Микрохирургия глаза»

2.2. *Перечень видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу.*

На территории Пензенской области устанавливаются дифференцированные подушевые нормативы финансирования первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (с профилактической и иными целями и по поводу заболевания).

2.2.1. *Перечень видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (с профилактической и иными целями и по поводу заболевания).*

2.2.1.1. *Перечень видов медицинской помощи с профилактической и иными целями:*

- первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказываемая фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием;
- первичная врачебная медико-санитарная помощь оказываемая врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами);
- первичная специализированная медико-санитарная помощь оказываемая врачами-специалистами.

2.2.1.2. *Форма оказания медицинской помощи – плановая.*

2.2.1.3. *Единица объема медицинской помощи – посещение (в том числе посещение медицинской организации и посещение на дому) медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием на фельдшерско-акушерских пунктах и здравпунктов; разовые посещения по поводу заболевания; посещения с иными целями, связанные с получением справки, других медицинских документов; посещения по диспансерному наблюдению.*

2.2.2. *Перечень видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеванием.*

2.2.2.1. *Перечень видов медицинской помощи:*

- первичная врачебная медико-санитарная помощь оказываемая врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами);
- первичная специализированная медико-санитарная помощь оказываемая врачами-специалистами.

2.2.2.2. Форма оказания медицинской помощи – плановая, неотложная.

2.2.2.3 Единица объема медицинской помощи – обращение, включающее посещения учреждения здравоохранения и посещения на дому.

Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях у лечащего врача с кратностью не менее 2-х посещений по поводу одного заболевания. Нормативная кратность посещений по поводу заболевания в одном обращении по каждой врачебной специальности указана в приложении №2 к настоящему Тарифному соглашению.

Учет обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Галон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» по форме, согласно приложению № 3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 №834н (с кодировкой по пункту 23: обращение (законченный случай лечения): да – 1.

2.3. Оплата медицинской помощи *по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности* медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях.

Оплата первичной медико-санитарной помощи по подушевому принципу на одного прикрепившееся к медицинской организации застрахованное по ОМС лицо осуществляется в соответствии с требованиями п.124 и 125 Правил ОМС, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н (с последующими изменениями).

При формировании актов сверки численности по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию следует руководствоваться требованиями постановления Правительства Российской Федерации от 26.07.2012 №770 «Об особенностях выбора медицинской организации гражданами, проживающими в закрытых административно-территориальных образованиях, на территориях с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, а также работниками организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда».

В состав тарифов на основе подушевого норматива финансирования входят денежные выплаты стимулирующего характера медицинскому персоналу:

- врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковых врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;
- медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- врачам-специалистам, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Медицинские организации ежемесячно формируют и представляют в страховые медицинские организации реестры оказанных в амбулаторных условиях медицинских услуг застрахованным по ОМС лицам (с профилактической и иными целями, в связи с заболеванием).

При формировании учетно-отчетных форм в системе ОМС и реестров счетов, предъявляемых к оплате, учет первичной доврачебной медико-санитарной помощи, оказанной фельдшерами, акушерками и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием, ведущими самостоятельный прием на фельдшерско-акушерском пункте (здравпункте), осуществляется в количестве посещений с профилактической и иными целями. При посещении фельдшерско-акушерского пункта (здравпункта), с профилактической целью (или при разовых посещениях по поводу заболевания, которые также относятся к посещениям с профилактической и иными целями) застрахованному по ОМС лицу одновременно выполняется и процедура, учету подлежит одно посещение с профилактической и иными целями. Посещение в течение дня больного к одному и тому же медицинскому работнику фельдшерско-акушерского пункта (здравпункта), учитывается как одно посещение.

Размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу ежемесячно определяется страховыми медицинскими организациями по следующей формуле:

$$ОС_{ПН} = ФДПН^i * ЧЗ^{np} + ОС_{РД1}, \text{ где:}$$

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

$ФДПН^i$ - фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования в месяц, установленный в приложении №20 к настоящему Тарифному соглашению для i -той группы медицинских организаций, рублей;

$ЧЗ^{np}$ - численность застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации на 1 число месяца, на который осуществляется расчет, человек;

$ОС_{РД1}$ - размер средств, ежемесячно направляемых на выплаты медицинской организации при достижении целевых значений показателей результативности деятельности, рублей.

Оценка медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с целью осуществления выплат стимулирующего характера осуществляется ежемесячно, а так же осуществляется по итогам квартала, полугодия, года по показателям, которым соответствует данный период оценки.

Размер средств на осуществление выплат стимулирующего характера оставляет 75 000 000 руб. в год или 3,3028198% от общего размера финансового обеспечения медицинской организации, рассчитанного как произведение фактических дифференцированных подушевых нормативов и численности прикрепившихся к медицинской организации застрахованных лиц, из них:

- 60 000 000 руб. в год или 2,6422554% с целью ежемесячного осуществления выплат стимулирующего характера по п. 1.1. – 1.6., 2.1. – 2.2 приложения №32 к настоящему Тарифному соглашению, максимальный размер средств на осуществление выплат стимулирующего

характера по каждой медицинской организации, имеющей прикрепившееся население, представлен в приложении №33 к настоящему Тарифному соглашению;

- 7 500 000 руб. в год или 0,33028191% с целью осуществления выплат стимулирующего характера по п. 2.3 приложения №32 к настоящему Тарифному соглашению, не чаще 1 раза в квартал, максимальный размер средств на осуществление выплат стимулирующего характера по каждой медицинской организации, имеющей прикрепившееся население, представлен в приложении №34 к настоящему Тарифному соглашению;

- 7 500 000 руб. в год или 0,3302819% с целью осуществления выплат стимулирующего характера по п. 2.4 приложения №32 к настоящему Тарифному соглашению, не чаще 1 раза в квартал.

Оценка медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с целью осуществления выплат стимулирующего характера осуществляется:

- страховыми медицинскими организациями по показателям, которым в приложении №32 к настоящему Тарифному соглашению соответствует период оценки – 1 раз в месяц;

- Комиссией по разработке ТПОМС по показателям, которым в приложении №32 к настоящему Тарифному соглашению соответствует период оценки – не чаще 1 раза в квартал.

Перечень показателей результативности деятельности, целевые значения, период оценки и уровень финансирования, установлены в приложении №32 к настоящему Тарифному соглашению в соответствии с подпунктом 3 пункта 11.1 Требований. При этом коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами, заключаемыми в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права и регулируемыми 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.

По результатам деятельности медицинских организаций не чаще 1 раза в квартал (период устанавливается решением Комиссии):

- ТФОМС представляет в адрес Комиссии информацию об исполнении медицинскими организациями показателей результативности по п. 2.3. перечня, установленного в приложении №32 к настоящему Тарифному соглашению, на основании данных персонифицированного учета оказанной медицинской помощи;

- страховые медицинские организации представляют в адрес Комиссии информацию о размере средств, направленных на выплаты медицинским организациям при достижении целевых значений показателей результативности, за каждый месяц.

Решением Комиссии устанавливается:

- размер доплаты каждой медицинской организации за достижение целевых значений показателей результативности по п.2.3 перечня, установленного в приложении №32 к настоящему Тарифному соглашению;

- объем экономии средств, предусмотренных на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей, в результате не исполнения медицинскими организациями показателей, установленных в приложении №32 к Тарифному соглашению, по пунктам 1.1 – 1.6, 2.1. – 2.3.;

- размер доплат каждой медицинской организации в соответствии с требованиями, изложенными в п. 2.4. в приложении №32 к настоящему Тарифному соглашению.

Решение Комиссии направляется страховым медицинским организациям, осуществляющим деятельность в сфере ОМС на территории Пензенской области.

На основании решений, принятых Комиссией по разработке ТПОМС, страховые медицинские организации осуществляют расчет размера финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу по следующей формуле:

$$OC_{ПН} = ФДПН^i * ЧЗ^{нр} + OC_{РД1} + OC_{РД2} , \text{ где:}$$

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

$ФДПН^i$ - фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования в месяц, установленный в настоящем Тарифном соглашении для i -той группы медицинских организаций, рублей;

$ЧЗ^{нр}$ - численность застрахованных лиц, прикрепленных к данной медицинской организации на 1 число месяца, на который осуществляется расчет, человек;

$OC_{РД1}$ - размер средств, ежемесячно направляемых на выплаты медицинской организации при достижения целевых значений показателей результативности деятельности, рублей;

$OC_{РД2}$ - размер средств, направляемых на выплаты медицинской организации не чаще 1 раза в квартал при достижения целевых значений показателей результативности деятельности на основании решений, принятых Комиссией, рублей.

2.4. *Порядок оплаты* медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение.

2.4.1. Настоящий порядок используется для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в следующих случаях:

- при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС;
- при оплате медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, не имеющими прикрепившихся лиц;
- при оплате мероприятий по диспансеризации и профилактических осмотров определенных групп населения, в том числе проводимых медицинскими организациями, имеющими прикрепившихся лиц;
- при оплате стоматологической медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в том числе медицинскими организациями, имеющими прикрепившихся лиц;
- при оплате медицинских услуг (диагностических исследований, простых медицинских услуг (амбулаторной хирургии) по перечню, установленному в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях, в том числе в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц);
- при оплате посещений Центров здоровья (для проведения комплексного обследования и для динамического наблюдения), в том числе если Центры здоровья созданы на функциональной основе медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц;
- при оплате неотложной медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц и имеющих прикрепившихся лиц;
- при оплате услуг диализа в амбулаторных условиях.

2.4.2. При оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, используются следующие единицы объема медицинской помощи:

- за посещение с профилактической и иными целями;

- за посещение в неотложной форме;
- за обращение по поводу заболевания (за законченный случай лечения с кратностью посещений по поводу одного заболевания – не менее 2-х посещений);
- за простую медицинскую услугу, выраженную в условных единицах трудоемкости, при посещении по поводу заболевания по специальности «стоматология»;
- за простую медицинскую услугу, выраженную в условных единицах трудоемкости, при посещении с профилактической целью по специальности «стоматология»;
- за простую медицинскую услугу, выраженную в условных единицах трудоемкости, при посещении в неотложной форме по специальности «стоматология»;
- за простую медицинскую услугу, выраженную в диагностических исследованиях;
- за законченный случай I этапа диспансеризации;
- за законченный случай I этапа проведения профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних;
- за простую медицинскую услугу, выраженную в посещениях, оказываемую в амбулаторных условиях (амбулаторная хирургия);
- за законченный случай проведения профилактического осмотра взрослого населения;
- за медицинскую услугу, оказанную при проведении I этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;
- за услугу, при проведении процедур заместительной почечной терапии с учетом применения различных методов в амбулаторных условиях.

2.4.3. При учете и оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, следует соблюдать следующие правила.

2.4.3.1. Учету по ОМС подлежат:

2.4.3.1.1. *Посещения с профилактической и иными целями*, в том числе посещения:

- а) Центров здоровья;
- б) в связи с диспансеризацией определенных групп населения;
- в) в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, патронажем;
- г) в связи с диспансерным наблюдением;
- д) разовые посещения по поводу заболевания;
- е) с иными целями, связанные с диагностическим обследованием, проведением простых медицинских услуг в амбулаторных условиях (амбулаторная хирургия), получением справки, и других медицинских документов, посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием на фельдшерско-акушерских пунктах (здравпунктах).

2.4.3.1.2. *Посещения в неотложной форме.*

К посещениям учреждения здравоохранения при оказании неотложной медицинской помощи относятся:

- посещение кабинета неотложной медицинской помощи, в том числе при заболеваниях полости рта, слюнных желез и челюстей (за исключением зубного протезирования);
- оказание медицинской помощи в приемном отделении при первичном обращении без последующей госпитализации, при этом в случае оказания медицинской помощи разными

врачами - специалистами одновременно при одном обращении в приемное отделение учета и оплате подлежит одно посещение;

- оказание медицинской помощи в травмпункте медицинской организации: офтальмология, хирургия, травматология;

- оказание медицинской помощи в отделении экстренной медицинской помощи (скорой медицинской помощи).

К посещениям на дому при оказании неотложной медицинской помощи относится:

- оказание неотложной медицинской помощи на дому при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний выездными бригадами, в состав которых входит врач общей практики, участковый врач - терапевт, врач – педиатр участковый, работающие в кабинете неотложной медицинской помощи, согласно графику дежурств.

2.4.3.1.3. *Обращения по поводу заболевания:*

Обращения по поводу заболевания к врачам любых специальностей, ведущих амбулаторный прием согласно перечню специальностей, утвержденному в подпункте 2.3.5.3. раздела 2 Программы государственных гарантий.

Учет обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Галон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» по форме, согласно приложению № 3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 №834н с кодировкой по пункту 23: обращение (законченный случай лечения): да – 1.

Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения в амбулаторных условиях у лечащего врача с кратностью не менее 2-х посещений по поводу одного заболевания. Нормативная кратность посещений по поводу заболевания в одном обращении указана в приложении №2 к настоящему Тарифному соглашению.

Оплата обращения по поводу заболевания осуществляется за законченный случай лечения с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2-х посещений.

При проведении услуг диализа в амбулаторных условиях лечение 1 пациента в течение одного месяца учитывается как одно обращение (в среднем 13 услуг диализа, 12-14 в зависимости от календарного периода, или ежедневные обмены с эффективным объемом диализа при перитонеальном диализе в течение месяца).

2.4.3.1.4. *Простые медицинские услуги, выраженные в условных единицах трудоемкости при оказании стоматологической медицинской помощи:*

Оплата простой услуги, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ), осуществляется по согласованным тарифам за 1 условную единицу трудоемкости (УЕТ) при стоматологическом посещении стоматологических поликлиник (отделений, кабинетов), в том числе расположенных в участковых больницах и амбулаториях.

С целью унификации ведения учета стоматологической помощи, формирования отчетов и счетов на оплату используется *Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ)* (далее – Классификатор), в котором указаны коды и наименование услуг, подлежащих оплате из средств обязательного медицинского страхования и количество УЕТ по каждому коду услуг.

Классификатор представлен в приложении №3 к настоящему Тарифному соглашению.

В Классификаторе все услуги, подлежащие оплате из средств ОМС, разделены на 3 части, на:

- услуги, проводимые при обращении по поводу заболевания;

- услуги, проводимые при посещении с профилактической целью (при проведении профилактических осмотров несовершеннолетних, при проведении профилактических осмотров женщин в период беременности, при проведении профилактического осмотра при направлении на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи;

- услуги, проводимые при посещении в неотложной форме.

Не подлежат оплате из средств обязательного медицинского страхования следующие случаи оказания специализированной стоматологической помощи:

– превышение количества УЕТ в реестре относительно количества, установленного в Классификаторе для соответствующей услуги;

– несоответствие кодов выполненных услуг кодам, представленным в Классификаторе, подлежащим оплате из средств обязательного медицинского страхования.

При учете объема специализированной стоматологической помощи населению по ТПОМС учитываются как посещения (обращения), так и условные единицы трудоемкости (УЕТ).

Для оплаты специализированной стоматологической медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, единицей объема следует считать посещение с профилактической и иными целями, обращение по поводу заболевания и посещение в неотложной форме, стоимость которых определяется из количества, содержащегося в них УЕТ и стоимости 1-ой УЕТ.

За одну условную единицу трудоемкости (УЕТ) принимаются 10 минут. При этом для учета случаев лечения обязательно используется следующее правило: один визит пациента является одним посещением.

2.4.3.1.5. Медицинские услуги:

а) оказываемые при проведении I этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, входящие в объем диспансеризации согласно п.13. «Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.10.2017 №869 н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.12.2017 №49214);

б) оказываемые при проведении профилактического осмотра взрослого населения, входящие в объем профилактического осмотра согласно п.10 «Порядка проведения профилактического осмотра», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2012 №1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра».

2.4.3.2. Для медицинских организаций, в составе которых на функциональной основе созданы Центры здоровья, единицей объема первичной медико-санитарной помощи является посещение с профилактической и иными целями:

а) впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования;

б) обратившихся граждан для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача Центра здоровья, направленных медицинской организацией по месту прикрепления; направленных медицинскими работниками образовательных учреждений.

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в Центрах здоровья, осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования на основе реестров счетов, заполненных в соответствии с Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (X пересмотра) (далее – МКБ-10) по классу Z00-Z99 «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения». При этом, объемы оказанной первичной медико-санитарной помощи подлежат учету, контро-

лю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (медико-экономическому контролю, медико-экономической экспертизе, экспертизе качества медицинской помощи) и оплате в соответствии с тарифами и способами оплаты данного вида медицинской помощи, принятыми в рамках настоящего Тарифного соглашения.

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

В случае выявления фактов 2-х первичных обращений в Центры здоровья разных медицинских организаций в течение одного месяца, оплата первичного обращения осуществляется медицинской организации, в которую гражданин обратился в более поздний срок.

В случае выявления в реестрах счетов фактов 2-х первичных обращений в Центры здоровья разных медицинских организаций в разные месяцы отчетного года, отклоняются от оплаты первичные обращения, проведенные в более поздний срок.

Оплата повторного обращения в Центр здоровья осуществляется только при условии наличия первичного обращения в Центр здоровья одной и той же медицинской организации в отчетном году.

Учет оказанных Центрами здоровья услуг осуществляется по учетным формам, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19.08.2009 №597н (с последующими изменениями):

- Ф№025-ЦЗ/У «Карта центра здоровья»;
- Ф№002-ЦЗ/У «Карта здорового образа жизни»;
- Ф№68- «Сведения о деятельности центра здоровья».

Первичное обращение для проведения комплексного обследования для каждого обратившегося гражданина определяется одно в отчетном году.

Реестры счетов формируются и представляются к оплате в страховые медицинские организации по количеству первичных и повторных обращений по тарифам за 1 посещение с профилактической и иными целями, без разбивки по услугам.

При проведении медико-экономической экспертизы (МЭЭ) с целью подтверждения обоснованности количества первичных обращений, выставленных к оплате, осуществляется проверка первичной медицинской документации, а именно учетной формы №002-ЦЗ/ «Карта здорового образа жизни», которая заполняется по окончании случая первичного обращения, включающего комплексное обследование.

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в Центрах здоровья гражданам, не подлежащим обязательному медицинскому страхованию, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

2.4.3.3. Оплата *диагностических исследований*, проводимых в амбулаторных условиях (простых услуг), осуществляется по тарифам за диагностические исследования (компьютерная томография органов и систем, магнитно-резонансная томография органов и систем, коронарография, толстокишечная эндоскопия).

Учет диагностических исследований осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР от 04.10.1980 №1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения».

При формировании учетно-отчетных форм, установленных в системе ОМС, учет диагностических исследований осуществляется в посещениях с профилактической и иными целями.

При обследовании одного пациента одновременно (при одном обращении) несколькими различными методами диагностики, с выдачей отдельных врачебных заключений по каждому методу, каждое исследование учитывается и оплачивается отдельно.

В случае применения внутривенного контрастирования при обследовании одного пациента одномоментно (при одном обращении) несколькими различными методами диагностики, с выдачей отдельных врачебных заключений по каждому методу, каждое исследование учитывается и оплачивается, при этом, одно обследование оплачивается по тарифу за проведение исследования с применением внутривенного контрастирования, остальные обследования - по тарифу за проведение исследования (ий) без применения внутривенного контрастирования.

При проведении магнитно-резонансной томографии осуществляется копирование результатов диагностического исследования на магнитный носитель с последующей выдачей пациенту на руки результатов на пленке и на магнитном носителе.

Оплате подлежат диагностические исследования (магнитно-резонансная томография и компьютерная томография, коронарография, толстокишечная эндоскопия), проводимые застрахованным по ОМС лицам по направлениям врачей амбулаторного приема медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС.

Не подлежат оплате страховыми медицинскими организациями (Территориальным фондом ОМС в отношении лиц, застрахованных за пределами Пензенской области) по отдельному тарифу из средств обязательного медицинского страхования следующие случаи:

- несоответствие кодов выполненных работ кодам Номенклатуры медицинских услуг, представленным в настоящем Тарифном соглашении;
- диагностические исследования магнитно - резонансная томография и компьютерная томография, коронарография, толстокишечная эндоскопия, проводимые в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре.

Обязательной экспертизе со стороны страховых медицинских организаций подлежат случаи пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре, в период которого проведены диагностические исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, толстокишечная эндоскопия) по направлениям врачей амбулаторного приема.

По результатам проведенной страховой медицинской организацией экспертизы:

- случай лечения в условиях круглосуточного стационара отклоняется от оплаты в соответствии с утвержденным в Тарифном соглашении Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (коды нарушений в соответствии с приказами ФФОМС от 01.12.2010 №230 – 4.1, 4.5, и 4.6);

- медицинская организация, в которой застрахованное лицо находилось на стационарном лечении, возмещает медицинской организации, проводившей диагностическое исследование (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, толстокишечная эндоскопия), расходы на оказание медицинской помощи.

2.4.4.1. *Диспансеризация определенных групп взрослого населения* проводится в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.10.2017 №869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», определяющего порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, в два этапа:

Первый этап диспансеризации (скрининг) проводится с целью выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания (состояния) на втором этапе диспансеризации.

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния).

На основе сведений о прохождении гражданином диспансеризации медицинским работником отделения (кабинета) медицинской профилактики, а также фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта по результатам исследований, проведенных в рамках диспансеризации в данном фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте, заполняется карта учета диспансеризации по форме, утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации, которая подшивается в медицинскую карту амбулаторного больного.

Первый этап диспансеризации считается завершенным и подлежит оплате в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа) в случае выполнения не менее 85% от объема исследований первого этапа диспансеризации, проводимых с периодичностью 1 раз в 3 года, установленного для данного возраста и пола гражданина, при этом обязательным является проведение анкетирования и приема (осмотра) врача-терапевта.

Оплата первого этапа диспансеризации осуществляется по следующим способам:

- а) за законченный случай I этапа диспансеризации;
- б) за медицинскую услугу, оказанную при проведении I этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения.

Оплата по тарифу за законченный случай I этапа диспансеризации для соответствующих групп взрослого населения осуществляется, если объем выполненных в рамках диспансеризации исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85 и более процентов от объема I этапа диспансеризации, проводимых с периодичностью 1 раз в 3 года, установленного для соответствующей половозрастной группы. При этом обязательным является анкетирование и прием врача-терапевта, а осмотры врачами-специалистами и исследования, выполненные ранее вне рамок диспансеризации, и отказы гражданина от прохождения отдельных осмотров должны составлять не более 15%.

Оплата по тарифам за медицинские услуги, оказанные при проведении I этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения осуществляется, если общий объем выполненных в рамках диспансеризации и учтенных осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее в течение 12-ти месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации (*за исключением случаев проведения флюорографии: флюорография легких не производится, если гражданину в течение предшествующего календарного года либо года проведения диспансеризации проводилась флюорография, рентгенография (рентгеноскопия) или компьютерная томография органов грудной клетки*) составляет 85 и более процентов от установленного объема диспансеризации, а число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации. При этом, оплате подлежат только выполненные осмотры (исследования и мероприятия), а стоимость I этапа диспансеризации рассчитывается как сумма стоимости всех оказанных услуг при проведении диспансеризации, без учета услуг, оказанных ранее.

Оплата I этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения по тарифу за законченный случай проведения профилактического осмотра взрослого населения осуществляется, если в рамках I этапа диспансеризации общий объем выполненных осмотров (исследований и мероприятий) составил менее 85% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего пола и возраста, но при этом выполненные осмотры (исследования и мероприятия) составляют 85 и более процентов от объема обследования, установленного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2012 №1011 «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра» для профилактического медицинского осмотра взрослого населения. Такие случаи подлежат учету как профилактические осмотры взрослого населения и не учитываются как случай проведения I этапа диспансеризации.

Оплата I этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения в рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, осуществляется, если в рамках I этапа диспансеризации общий объем выполненных осмотров (исследований и мероприятий) составил менее 85% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего пола и возраста, и менее 85% от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра взрослого населения. Такие случаи подлежат учету как обычные посещения с профилактической и иными целями и не учитываются как случай проведения I этапа диспансеризации и как случай профилактического медицинского осмотра взрослого населения.

Определение уровня (85%) объема выполненных в рамках диспансеризации и учтенных осмотров (исследований, иных медицинских мероприятий) осуществляется в соответствии с приложением №1 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.10.2017 №869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», согласно приложению №4 к настоящему Тарифному соглашению.

При несоответствии тарифов в реестре, предъявленном медицинской организацией к оплате, способам учета и оплаты диспансеризации, указанным выше, счета отклоняются от оплаты в соответствии с кодом нарушений 5.4.2. (65) «*включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении*», предусмотренным в приложении №5 к настоящему Тарифному соглашению.

Оплата второго этапа диспансеризации осуществляется по тарифам за одно посещение с профилактической и иными целями по соответствующей специальности, установленным в настоящем Тарифном соглашении.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.10.2017 №869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» по результатам лабораторных исследований пациент может быть направлен на консультацию к врачу-неврологу, к врачу – акушеру - гинекологу, к врачу-отоларингологу, к врачу-офтальмологу, к врачу-хирургу или врачу-колопроктологу и к врачу-хирургу или врачу-урологу. Посещения к врачу-хирургу, который одновременно ведет прием и как врач-хирург и как врач - колопроктолог или одновременно ведет прием и как врач-хирург и как врач- уролог учитывается как одно посещение к врачу-хирургу.

При проведении ежегодной диспансеризации инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий, а также участников Великой Отечественной войны, бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий) оплата первого этапа диспансеризации при использовании способа оплаты по тарифу за законченный случай диспансеризации осуществляется в соответствии с тарифами, представленными в настоящем Тарифном соглашении для соответствующих групп взрослого населения, определенных для лиц ближайшей половозрастной категории.

2.4.4.2. *Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации* в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации, определяющего порядок проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, проводится в два этапа.

Первый этап диспансеризации является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения лабораторных, инструментальных и иных исследований, предусмотренных Перечнем исследований при отсутствии подозрений на наличие у несовершеннолетних заболеваний (состояния) и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций.

Второй этап диспансеризации является завершенным в случае проведения дополнительных консультаций, исследований, назначенных при подозрении на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагностика которого не входит в Перечень исследований и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций.

В целях персонифицированного учета каждого случая медицинская организация предоставляет отдельно реестр счета за проведенную диспансеризацию, содержащий соответствующий тариф на оплату диспансеризации.

Данные о прохождении диспансеризации вносятся в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка, медицинскую карту ребенка для дошкольных образовательных учреждений, общеобразовательных учреждений, образовательных учреждений начального профессионального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов или медицинскую карту ребенка, воспитывающегося в доме ребенка).

Оплата первого этапа диспансеризации осуществляется по тарифу за законченный случай диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, для соответствующих групп детского населения в соответствии с тарифами, представленными в настоящем Тарифном соглашении.

Оплата второго этапа диспансеризации осуществляется по тарифам за одно посещение с профилактической и иными целями по соответствующей специальности, установленным в настоящем Тарифном соглашении.

Диспансеризация и медицинские осмотры несовершеннолетних считаются законченным (1 этап) в случае проведения осмотров всеми врачами-специалистами, в том числе врачом-психиатром, предусмотренных приказами Министерства здравоохранения РФ от 15.02.2013 №72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».

Расходы на проведение осмотра врачом - психиатром не включаются в структуру тарифа на оплату диспансеризации за счет средств обязательного медицинского страхования.

Оплата за посещение врача – психиатра осуществляется за счет средств бюджетных ассигнований бюджета Пензенской области.

2.4.4.3. Диспансеризация детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронажную семью проводится в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации, определяющего порядок проведения диспансеризации детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронажную семью, медицинскими организациями в объеме, предусмотренном перечнем осмотров и исследований при проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в два этапа.

Первый этап диспансеризации является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения лабораторных, инструментальных и иных исследований, предусмотренных Перечнем исследований при отсутствии подозрений на наличие у несовершеннолетних заболеваний (состояния) и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций.

Второй этап диспансеризации является завершенным в случае проведения дополнительных консультаций, исследований, назначенных при подозрении на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагностика которого не входит в Перечень исследований и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций.

В целях персонифицированного учета каждого случая медицинская организация предоставляет отдельно реестр счета за проведенную диспансеризацию, содержащий соответствующий тариф на оплату диспансеризации.

Данные о прохождении диспансеризации вносятся в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка).

Медицинская организация, на основании результатов диспансеризации, внесенных в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), оформляет учетную форму № 030-Д/с/у-13 «Карта диспансеризации несовершеннолетнего» на каждого несовершеннолетнего, прошедшего диспансеризацию.

Оплата первого этапа диспансеризации осуществляется по тарифу за законченный случай диспансеризации детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронажную семью в соответствии с тарифами, представленными в настоящем Тарифном соглашении.

Оплата второго этапа диспансеризации осуществляется по тарифам за одно посещение с профилактической и иными целями по соответствующей специальности, установленным в настоящем Тарифном соглашении.

Диспансеризация считается законченной (1 этап) в случае проведения осмотра всеми врачами-специалистами, в том числе врачом-психиатром, предусмотренным приказами Министерства здравоохранения РФ 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 патронажную семью» и от 15.02.2013 №72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».

Расходы на проведение осмотра врачом - психиатром не включаются в структуру тарифа на оплату диспансеризации за счет средств обязательного медицинского страхования.

Оплата за посещение врача – психиатра осуществляется за счет средств бюджетных ассигнований бюджета Пензенской области.

2.4.4.4. Прохождение *медицинских осмотров несовершеннолетними* осуществляется в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 №514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», определяющего Порядок проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (далее – Порядок).

Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних (далее - профилактические осмотры) проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних и их родителей или иных законных представителей.

Медицинские осмотры проводятся медицинскими организациями в объеме, предусмотренном перечнем исследований при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 №514н. (далее – Перечень исследований (I этап)).

Медицинские осмотры проводятся в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь несовершеннолетним и имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ по «меди-

цинским осмотрам профилактическим», «педиатрии» или «общей врачебной практике (семейной медицине)», «неврологии», «офтальмологии», «травматологии и ортопедии», «детской хирургии» или «хирургии», «психиатрии», «стоматологии детской» или «стоматологии общей практики», «детской урологии-андрологии» или «урологии», «детской эндокринологии» или «эндокринологии», «оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации)», «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) », «лабораторной диагностике», «клинической лабораторной диагностике», «функциональной диагностике», «ультразвуковой диагностике» и «рентгенологии».

В случае если у медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «медицинским осмотрам профилактическим», «педиатрии» или «общей врачебной практике (семейной медицине)», отсутствует лицензия на медицинскую деятельность в части выполнения иных работ (услуг), перечисленных выше, указанная медицинская организация заключает договор для проведения профилактических осмотров с иными медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности в части выполнения требуемых работ (услуг).

В случае если в медицинской организации отсутствует:

1) врач - детский уролог-андролог, то в проведении профилактического осмотра участвует врач-уролог или врач - детский хирург, прошедший обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей урологических заболеваний у детей, при этом медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «урологии» или «детской хирургии» соответственно;

2) врач-стоматолог детский, то в проведении профилактического осмотра участвует врач-стоматолог, прошедший обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей стоматологических заболеваний у детей, при этом медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «стоматологии общей практики»;

3) врач - детский эндокринолог, то в проведении профилактического осмотра участвует врач-эндокринолог, прошедший обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей эндокринологических заболеваний у детей, при этом медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «эндокринологии»;

4) врач - детский хирург, то в проведении профилактического осмотра участвует врач-хирург, прошедший обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей хирургических заболеваний у детей, при этом медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «хирургии».

Первый этап *профилактического осмотра* является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения лабораторных, инструментальных и иных исследований, предусмотренных в соответствующем Перечне исследований (I этап).

В случае отказа несовершеннолетнего (его родителя или иного законного представителя) от проведения одного или нескольких медицинских вмешательств, предусмотренных в рамках I этапа профилактического осмотра, оформленного в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», I этап профилактического осмотра считается завершенным в объеме проведенных осмотров врачами-специалистами и выполненных исследований.

При проведении профилактических осмотров учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), давность которых не превышает 3 месяцев с даты про-

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

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований, включенных в Перечень исследований (I этап), врач, ответственный за проведение профилактического осмотра, врачи-специалисты, участвующие в проведении профилактического осмотра, направляют несовершеннолетнего на дополнительную консультацию и (или) исследование (II этап).

Данные о проведении профилактического осмотра вносятся в историю развития ребенка и учетную форму №030-ПО/у-17 «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего», утвержденную приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 №514н.

Оплата первого этапа профилактического осмотра осуществляется по тарифам за законченный случай проведения профилактических осмотров несовершеннолетним в соответствии с тарифами, представленными в настоящем Тарифном соглашении для соответствующих возрастных групп.

Оплата второго этапа профилактического осмотра осуществляется по тарифам за одно посещение с профилактической и иными целями по соответствующей специальности, установленным в настоящем Тарифном соглашении.

Расходы на проведение осмотра врачом - психиатром подростковым (врачом – психиатром детским) не включается в структуру тарифа на оплату медицинских осмотров несовершеннолетних за счет средств обязательного медицинского страхования.

Оплата за посещение врача – психиатра подросткового (врача – психиатра детского) осуществляется за счет средств бюджетных ассигнований бюджета Пензенской области.

3. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях.

3.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), участвующих в реализации ТПОМС на 2018 год, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях в разрезе групп медицинских организаций в соответствии с пунктом 3 Требований (Таблица №3).

Таблица №3

№ п/п	Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций)
1	2
	1 уровень оказания медицинской помощи
1	ГБУЗ «Башмаковская РБ»
2	ГБУЗ «Белинская РБ»
3	ГБУЗ «Земетчинская РБ»
4	ГБУЗ «Иссинская УБ»
5	ГБУЗ «Колышлейская РБ»
6	ГБУЗ «Лопатинская УБ»

№ п/п	Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций)
1	2
7	ГБУЗ «Лунинская РБ»
8	ГБУЗ «Сосновоборская УБ»
9	ГБУЗ «Тамалинская УБ»
10	ГБУЗ «Пензенская РБ»
11	ГБУЗ «Шемышейская УБ»
12	ФКУ «Войсковая часть 45108»
13	ФКУЗ «МСЧ МВД России по ПО»
	2 уровень оказания медицинской помощи 1 подуровень
14	ГБУЗ «Пензенский городской родильный дом»
15	ГБУЗ «Клиническая больница № 4»
16	ГБУЗ «Кузнецкая МРБ»
17	ГБУЗ «Бессоновская РБ»
18	ГБУЗ «Городищенская РБ»
19	ГБУЗ «Каменская МРБ»
20	ГБУЗ «Мокшанская РБ»
21	ГБУЗ «Н-Ломовская МРБ»
22	ГБУЗ «Никольская РБ»
23	ГБУЗ «Сердобская МРБ им. А.И.Настина»
24	ФГКУ «428 ВГ Минобороны России»-филиал № 3 ФГКУ «428 ВГ» Минобороны России
25	ООО санаторий «Хопровские зори»
	2 уровень оказания медицинской помощи 2 подуровень
26	ГБУЗ «Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн»
	3 уровень оказания медицинской помощи 1 подуровень
27	ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница имени Н.Н. Бурденко»
28	ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница имени Н.Ф.Филатова»
29	ГБУЗ «Областной онкологический диспансер»
30	ГБУЗ «Пензенская областная офтальмологическая больница»
31	ГБУЗ «Клиническая больница № 5»
32	ГБУЗ «Клиническая больница №6 им. Г.А. Захарьина»
33	ГБУЗ «Кузнецкая межрайонная детская больница»
34	ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи»
35	ГБУЗ «Самарский областной медицинский центр Династия» -г. Самара
36	ГАУЗ «Республиканская клиническая офтальмологическая больница МЗ РТ» - Республика Татарстан
37	ГБУЗ «Самарская областная клиническая офтальмологическая больница имени Т.И. Ерошевского» - г.Самара
38	ГБУЗ «Самарский областной кожно-венерологический диспансер»
39	ГБУЗ Самарской области "Тольяттинская городская клиническая больница №2 им. В.В.Банькина
40	НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст.Пенза ОАО «РЖД»

№ п/п	Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций)
1	2
41	ООО «Инмед»
42	ООО МЦ «Новая клиника»
43	ООО «Клиника диагностики и лечения на Измайлова»
44	ООО «Уральский клинический лечебно-реабилитационный центр» - г. Нижний Тагил
	3 уровень оказания медицинской помощи 2 подуровень <i>(медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в пределах нескольких субъектов Российской Федерации)</i>
45	ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ РФ (г. Пенза)
46	ФГБУЗ «Центральная детская клиническая больница ФМБА России» (г. Москва)
	3 уровень оказания медицинской помощи 3 подуровень <i>(медицинские организации, расположенные на территории закрытых административных территориальных образований)</i>
47	ФГБУЗ «МСЧ 59 ФМБА России»

3.3. При оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, используются следующие единицы объема медицинской помощи:

- за законченный случай лечения заболевания (случай госпитализации), включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ);
- за законченный случай госпитализации при использовании методов лечения при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС;
- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, при преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения при летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований;
- за услугу, при проведении процедур заместительной почечной терапии с учетом применения различных методов. При этом, стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг в течение всего периода нахождения пациента в стационаре является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

3.3.1. При учете и оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, следует соблюдать следующие правила:

3.3.1.1. При подсчете фактического количества койко-дней:

- дата поступления в круглосуточный стационар учету не подлежит;
- учету подлежат койко-дни со дня следующего за датой госпитализации;
- день выписки подлежит учету как один койко-день.

3.3.1.2. При изменении размера тарифов на медицинские услуги в период нахождения пациента на стационарном лечении оплата данного случая производится по тарифам, действующим на момент выписки больного из стационара либо на момент перевода в дневной

стационар по тарифу, установленному для соответствующей клинико - статистической группы (КСГ).

3.3.1.3. При совместном пребывании законного представителя с ребенком до 4 лет и свыше 4 лет (при наличии медицинских показаний) в п. 19 «Особые отметки» медицинской карта стационарного больного (ф №003/у) делается запись: «законному представителю ребенка предоставлено спальное место и питание». Указанная запись заверяется подписью законного представителя ребенка.

При этом в случае, если ребенок после достижения 4-х лет, в медицинской карте стационарного больного (ф №003/у) при первичном осмотре пациента делается запись о наличии медицинских показаний для осуществления ухода за пациентом с предоставлением спального места и питания законному представителю ребенка.

3.3.1.4. При совместном пребывании законного представителя с пациентом в возрасте старше 60 лет с индексом Бартела менее или равно 60 баллов в п.19 «Особые отметки» медицинской карты стационарного больного(ф №003/у) делается запись «Законному представителю пациента предоставлено спальное место и питание». Указанная запись заверяется подписью законного представителя пациента.

При этом в медицинскую карту стационарного больного в обязательном порядке клеивается расчет показателя индекса Бартела.

Расчет значения индекса Бартела осуществляется исходя из следующих параметров (Таблица №4):

Таблица №4

Параметр	Критерии
Прием пищи	0 – полностью зависим 5 – частично нуждается в помощи или требует специальной диеты 10 – независим
Прием ванны	0 – зависим 5 – независим при приеме ванны (душа)
Гигиенические процедуры	0 – нуждается в помощи при выполнении процедур личной гигиены 5 – самостоятельно чистит зубы, умывается, причесывается
Одевание	0 – полностью зависим 5 – частично нуждается в помощи, но может выполнять примерно половину действий самостоятельно 10 – не нуждается в помощи (в том числе при застегивании пуговиц, молний, завязывании шнурков и т.п.)
Акт дефекации	0 – недержание (или необходимо применение клизмы) 5 – периодическое недержание 10 – полностью контролирует
Акт мочеиспускания	0 – недержание, или катетеризация, или задержка мочеиспускания 5 – периодическое недержание 10 – полностью контролирует
Пользование туалетом	0 – полностью зависим от окружающих 5 – нуждается в некоторой помощи, но часть действий может выполнять самостоятельно 10 – не нуждается в помощи (одевается, осуществляет гигиенические процедуры)
Перемещение (с кровати на стул и обратно)	0 – перемещение невозможно, не удерживает равновесие сидя 5 – нуждается в значительной помощи (физической, одного или двух человек), может сидеть

Параметр	Критерии
	10 – нуждается в незначительной помощи (вербальной или физической) 15 – не нуждается в помощи
Передвижение (на ровной поверхности)	0 – неспособен к передвижению, или <50 метров 5 – самостоятельное перемещение в инвалидном кресле, включая углы, >50 метров 10 – ходит с помощью одного лица (вербальной или физической), >50 метров 15 – не нуждается в помощи (но может использовать вспомогательные средства, например, трость), >50 метров
Ходьба по лестнице	0 – неспособен подниматься по лестнице даже с поддержкой 5 – нуждается в помощи (вербальной, физической, вспомогательном средстве) 10 – не нуждается в помощи

Индекс Бартела определяется суммированием баллов по всем параметрам. Максимальная оценка составляет 100 баллов.

3.3.1.5. При выявлении в ходе проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи случаев отсутствия в медицинской карте стационарного больного (ф №003/у) соответствующих заверенных записей, указанных в п. 3.3.1.3, 3.3.1.4. настоящего Тарифного соглашения, а также вклеенных в карту расчетов показателей индекса Бартела, к медицинской организации применяются санкции за нарушение по коду 4.6.1. 128 «Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы».

3.3.1.6. Отнесение случая лечения заболевания к той или иной группе КСГ осуществляется в соответствии с приложением № 6 к настоящему Тарифному соглашению, при этом:

- в качестве основных критериев группировки КСГ используются *код диагноза* в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра» (далее – МКБ 10) и *код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии* (далее также – услуги) в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг (далее – Номенклатура), утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н;

- в качестве дополнительных критериев при формировании КСГ используются следующие признаки:

- пол;
- возрастная категория пациента;
- длительность лечения;
- сопутствующий диализ или отношения заболевания (код по МКБ 10)
- оценка состояния пациента (по Шкале оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии, Шкале Реабилитационной Маршрутизации);
- схема лечения;
- длительность непрерывного проведения искусственной вентиляции легких.

При наличии хирургических операций и/или других применяемых специальных методов лечения и сложных медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ заболеваний осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры. В случае применения у пациента нескольких хирургических операций

и/или специальных методов лечения и сложных медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ заболеваний, которая имеет более высокий коэффициент относительной затратоемкости. В ряде случаев предусмотренных настоящим Тарифным соглашением, отнесение случая к той или иной КСГ может осуществляться с учетом кода диагноза по МКБ 10.

При отсутствии хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10. Для оплаты случая лечения КСГ в количестве основного диагноза указывается код по МКБ 10, являющийся основным поводом к госпитализации. Если пациенту оказывалось оперативное лечение, то выбор между применением КСГ, определенной в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10, и КСГ, определенной на основании Номенклатуры услуг, осуществляется в соответствии с правилами, указанными в приложении №6 к настоящему Тарифному соглашению «Классификатор клинико-статистических групп (КСГ) для круглосуточного стационара».

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

В таблице №5 указаны случаи госпитализации, которые при наличии операций подлежат оплате по группе КСГ только на основании кода услуги Номенклатуры (отнесение данных случаев на основании кода диагноза МКБ 10 к терапевтической группе исключается).

Таблица №5

Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги.

Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ			Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги		
№	Наименование КСГ, сформированной по услуге	КЗ	№	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу	КЗ
11	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	9	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
12	Операции на женских половых органах (уровень 2)	0,58	9	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
11	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	10	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов	0,46
76	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	0,84	18	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
77	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	1,74	18	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
173	Операции на органе зрения (уровень 1)	0,49	179	Болезни глаза	0,51
301	Операции на органах полости	0,74	300	Болезни полости рта, слюнных	0,89

Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ			Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги		
№	Наименование КСГ, сформированной по услуге	КЗ	№	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу	КЗ
	рта (уровень 1)			желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	
301	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	207	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	0,79
245	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)	1,2	242	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов	0,64
35	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)	0,97	244	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов	0,67
256	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,55	271	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи	0,5

3.3.2. Некоторые особенности формирования КСГ.

В группу КСГ №233 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)» относятся *травмы в 2 и более анатомических областях (голова/шея, позвоночник, грудная клетка, живот, таз, конечности – минимум 2 кода МКБ) или один диагноз множественной травмы и травмы в нескольких областях тела + как минимум один из нижеследующих диагнозов: J94.2, J94.8, J94.9, J93, J93.0, J93.1, J93.8, J93.9, J96.0, N17, T79.4, R57.1, R57.8.*

Дополнительные критерии отнесения: комбинация диагнозов плюс диагноз, характеризующий тяжесть состояния.

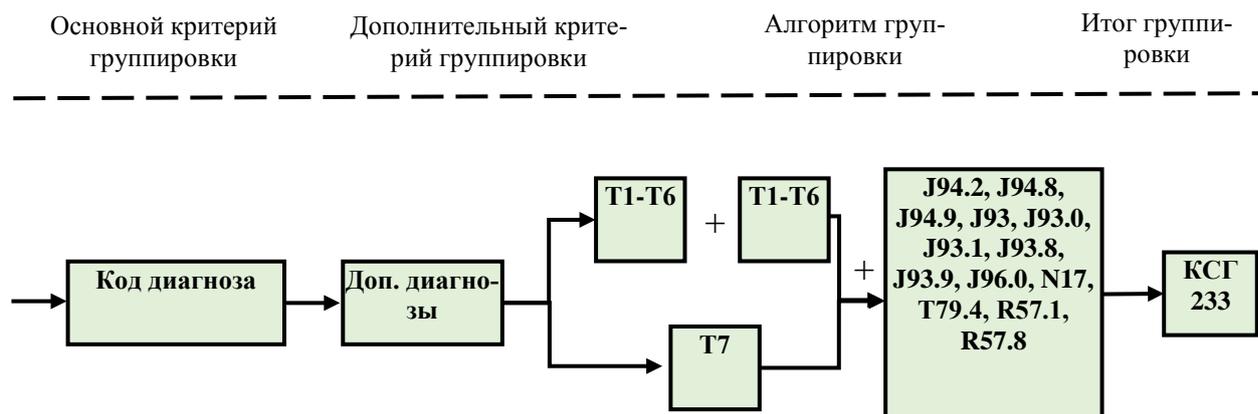
Распределение кодов МКБ10, которые участвуют в формировании группы «Политравма», по анатомическим областям приведено в таблице №6. Для удобства восприятия, каждой анатомической области присвоен код (столбец «Код анатомической области»).

Таблица №6

Код анатомич. области	Анатомическая область	Коды МКБ-10
T1	Голова/шея	S02.0, S02.1, S04.0, S05.7, S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7, S07.0, S07.1, S07.8, S09.0, S11.0, S11.1, S11.2, S11.7, S15.0, S15.1, S15.2, S15.3, S15.7, S15.8, S15.9, S17.0, S17.8, S18
T2	Позвоночник	S12.0, S12.9, S13.0, S13.1, S13.3, S14.0, S14.3, S22.0, S23.0, S23.1, S24.0, S32.0, S32.1, S33.0, S33.1, S33.2, S33.4, S34.0, S34.3, S34.4
T3	Грудная клетка	S22.2, S22.4, S22.5, S25.0, S25.1, S25.2, S25.3, S25.4, S25.5, S25.7, S25.8, S25.9, S26.0, S27.0, S27.1, S27.2, S27.4, S27.5, S27.6, S27.8, S28.0, S28.1

T4	Живот	S35.0, S35.1, S35.2, S35.3, S35.4, S35.5, S35.7, S35.8, S35.9, S36.0, S36.1, S36.2, S36.3, S36.4, S36.5, S36.8, S36.9, S37.0, S38.3
T5	Таз	S32.3, S32.4, S32.5, S36.6, S37.1, S37.2, S37.4, S37.5, S37.6, S37.8, S38.0, S38.2
T6	Конечности	S42.2, S42.3, S42.4, S42.8, S45.0, S45.1, S45.2, S45.7, S45.8, S47, S48.0, S48.1, S48.9, S52.7, S55.0, S55.1, S55.7, S55.8, S57.0, S57.8, S57.9, S58.0, S58.1, S58.9, S68.4, S71.7, S72.0, S72.1, S72.2, S72.3, S72.4, S72.7, S75.0, S75.1, S75.2, S75.7, S75.8, S77.0, S77.1, S77.2, S78.0, S78.1, S78.9, S79.7, S82.1, S82.2, S82.3, S82.7, S85.0, S85.1, S85.5, S85.7, S87.0, S87.8, S88.0, S88.1, S88.9, S95.7, S95.8, S95.9, S97.0, S97.8, S98.0
T7	Множественная травма	S02.7, S12.7, S22.1, S27.7, S29.7, S31.7, S32.7, S36.7, S38.1, S39.6, S39.7, S37.7, S42.7, S49.7, T01.1, T01.8, T01.9, T02.0, T02.1, T02.2, T02.3, T02.4, T02.5, T02.6, T02.7, T02.8, T02.9, T04.0, T04.1, T04.2, T04.3, T04.4, T04.7, T04.8, T04.9, T05.0, T05.1, T05.2, T05.3, T05.4, T05.5, T05.6, T05.8, T05.9, T06.0, T06.1, T06.2, T06.3, T06.4, T06.5, T06.8, T07

Алгоритм формирования группы:



Комбинация кодов определяющих политравму (Т1-Т6) должна быть из *разных анатомических областей*.

Отнесение к КСГ 67 «Грипп, вирус гриппа идентифицирован» производится по комбинации кода МКБ-10 и кодов Номенклатуры в соответствии с таблицей №7. При идентификации вируса гриппа другими методами (закодированными как услуги, не являющиеся классификационными критериями отнесения случая к КСГ 67) и при неидентифицированном вирусе гриппа случай классифицируется в КСГ 65 «Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые» или КСГ 66 «Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети» в зависимости от возраста пациента.

Таблица №7

Код диагноза	Наименование диагноза	Код услуги	Наименование услуги
J09	Грипп, вызванный определенным идентифицированным	A26.08.019.001	Определение РНК вируса гриппа А (Influenza virus A) в мазках со

Код диагноза	Наименование диагноза	Код услуги	Наименование услуги
	вирусом гриппа		слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
J09	Грипп, вызванный определенным идентифицированным вирусом гриппа	A26.08.019.002	Определение РНК вируса гриппа В (Influenza virus В) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
J09	Грипп, вызванный определенным идентифицированным вирусом гриппа	A26.08.019.003	Определение РНК вируса гриппа С (Influenza virus С) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
J09	Грипп, вызванный определенным идентифицированным вирусом гриппа	A26.08.038.001	Определение РНК вируса гриппа А (Influenza virus А) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР
J09	Грипп, вызванный определенным идентифицированным вирусом гриппа	A26.08.038.002	Определение РНК вируса гриппа В (Influenza virus В) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки
J09	Грипп, вызванный определенным идентифицированным вирусом гриппа	A26.08.038.003	Определение РНК вируса гриппа С (Influenza virus С) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР
J10	Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа	A26.08.019.001	Определение РНК вируса гриппа А (Influenza virus А) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
J10	Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа	A26.08.019.002	Определение РНК вируса гриппа В (Influenza virus В) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
J10	Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа	A26.08.019.003	Определение РНК вируса гриппа С (Influenza virus С) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
J10	Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа	A26.08.038.001	Определение РНК вируса гриппа А (Influenza virus А) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР
J10	Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа	A26.08.038.002	Определение РНК вируса гриппа В (Influenza virus В) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки
J10	Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа	A26.08.038.003	Определение РНК вируса гриппа С (Influenza virus С) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР
J10.0	Грипп с пневмонией, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.019.001	Определение РНК вируса гриппа А (Influenza virus А) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
J10.0	Грипп с пневмонией, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.019.002	Определение РНК вируса гриппа В (Influenza virus В) в мазках со слизистой оболочки носоглотки

Код диагноза	Наименование диагноза	Код услуги	Наименование услуги
			методом ПЦР
J10.0	Грипп с пневмонией, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.019.003	Определение РНК вируса гриппа С (Influenza virus C) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
J10.0	Грипп с пневмонией, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.038.001	Определение РНК вируса гриппа А (Influenza virus A) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР
J10.0	Грипп с пневмонией, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.038.002	Определение РНК вируса гриппа В (Influenza virus B) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки
J10.0	Грипп с пневмонией, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.038.003	Определение РНК вируса гриппа С (Influenza virus C) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР
J10.1	Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.019.001	Определение РНК вируса гриппа А (Influenza virus A) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
J10.1	Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.019.002	Определение РНК вируса гриппа В (Influenza virus B) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
J10.1	Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.019.003	Определение РНК вируса гриппа С (Influenza virus C) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
J10.1	Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.038.001	Определение РНК вируса гриппа А (Influenza virus A) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР
J10.1	Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.038.002	Определение РНК вируса гриппа В (Influenza virus B) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки
J10.1	Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.038.003	Определение РНК вируса гриппа С (Influenza virus C) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР
J10.8	Грипп с другими проявлениями, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.019.001	Определение РНК вируса гриппа А (Influenza virus A) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
J10.8	Грипп с другими проявлениями, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.019.002	Определение РНК вируса гриппа В (Influenza virus B) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР

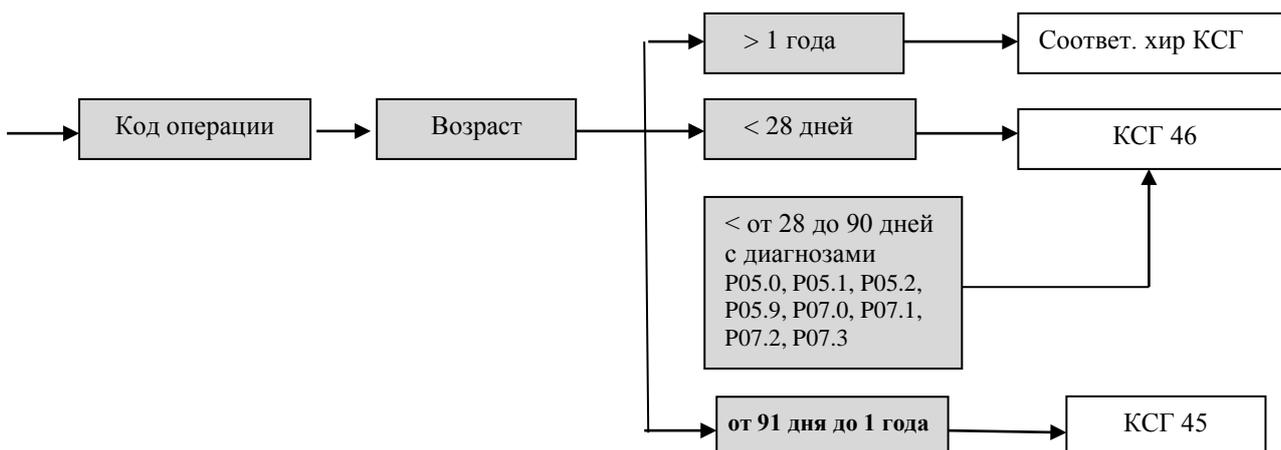
Код диагноза	Наименование диагноза	Код услуги	Наименование услуги
J10.8	Грипп с другими проявлениями, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.019.003	Определение РНК вируса гриппа С (Influenza virus C) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР
J10.8	Грипп с другими проявлениями, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.038.001	Определение РНК вируса гриппа А (Influenza virus A) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР
J10.8	Грипп с другими проявлениями, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.038.002	Определение РНК вируса гриппа В (Influenza virus B) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки
J10.8	Грипп с другими проявлениями, вирус гриппа идентифицирован	A26.08.038.003	Определение РНК вируса гриппа С (Influenza virus C) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР

Группы, формируемые с учетом возраста.

Формирование группы КСГ 45 «Детская хирургия, уровень 1» и КСГ 46 «Детская хирургия, уровень 2» осуществляется с применением дополнительного критерия отнесения: возраст и сопутствующий диагноз.

Алгоритм формирования 45 и 46 группы:

Основной критерий группировки	Дополнительный критерий группировки	Алгоритм группировки	Итог группировки
-------------------------------	-------------------------------------	----------------------	------------------



При отнесении случая в КСГ 46 для доношенных детей критерием новорожденности является возраст не более 28 дней.

Для недоношенных детей (недоношенность обозначается кодами МКБ 10 сопутствующего диагноза P05.0, P05.1, P05.2, P05.9, P07.0, P07.1, P07.2, P07.3) отнесение к 46 группе может производиться в период не более 90 дней со дня рождения.

Дети возрастом от 90 дней до года классифицируются по тем же операциям в КСГ 45.

Формирование группы КСГ 109 «Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций» осуществляется с применением дополнительного критерия отнесения: возраст и с применением кодов номенклатуры (таблица №8):

Таблица №8

Код услуги	Наименование услуги
A16.09.011.002	Не инвазивная искусственная вентиляция легких
A16.09.011.003	Высокочастотная искусственная вентиляция легких
A16.09.011.004	Синхронизированная перемежающаяся принудительная вентиляция легких

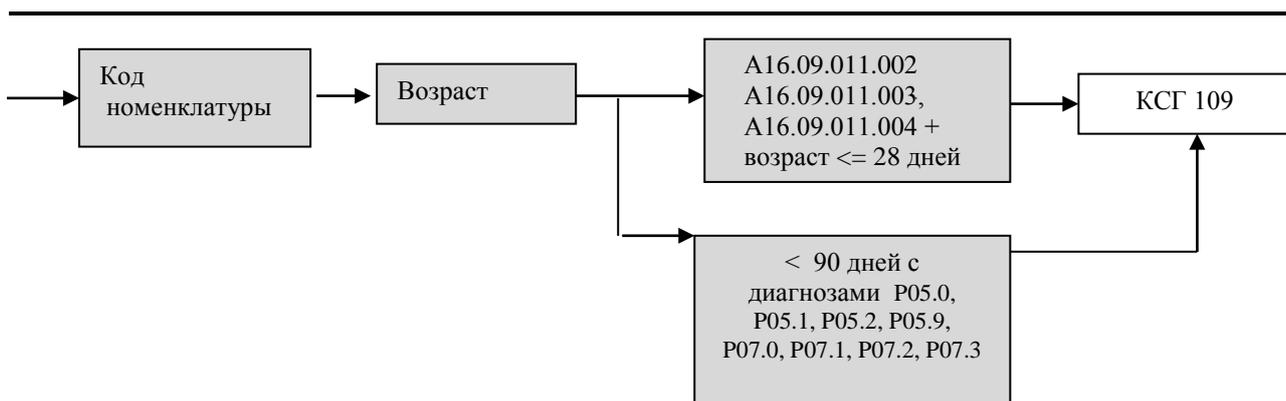
Отнесение к 109 КСГ производится в следующих случаях:

- если новорожденный ребенок характеризуется нормальной массой тела при рождении, но страдает заболеванием, требующем использования искусственной вентиляции легких. В этом случае критерием новорожденности является возраст не более 28 дней;

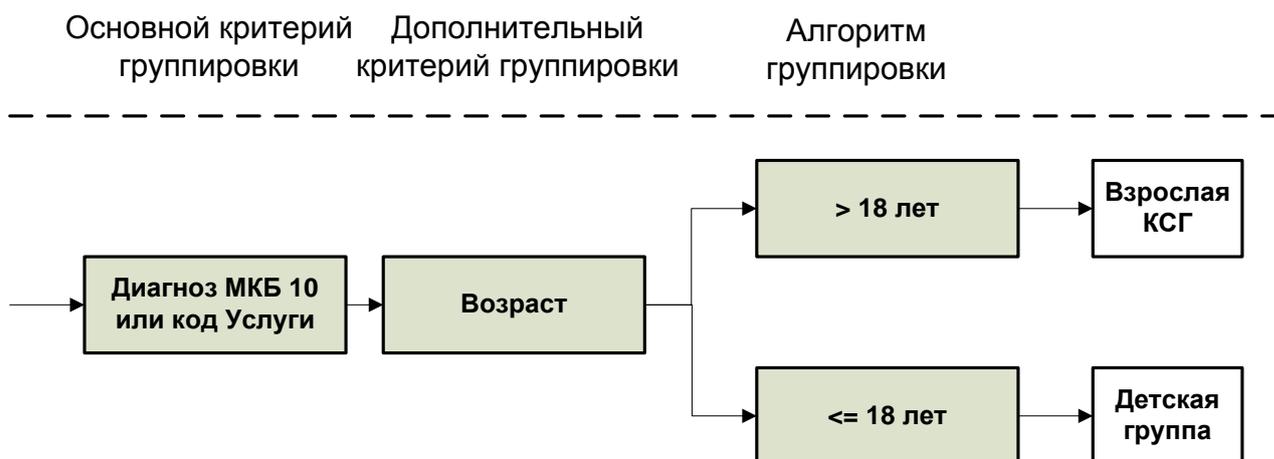
- если ребенок имел при рождении низкую массу тела, но госпитализируется по поводу другого заболевания, требующего использования искусственной вентиляции легких. В этом случае отнесение к 109 группе может производиться в период не более 90 дней со дня рождения; должен быть указан основной диагноз (являющийся поводом к госпитализации) и сопутствующий диагноз - недоношенность (обозначается кодами МКБ 10 диагноза P05.0, P05.1, P05.2, P05.9, P07.0, P07.1, P07.2, P07.3).

Алгоритм формирования 109 группы:

Основной критерий группировки	Дополнительный критерий группировки	Алгоритм группировки	Итог группировки
-------------------------------	-------------------------------------	----------------------	------------------



Универсальный алгоритм формирования группы с учетом возраста:



Группы, формируемые с учетом пола

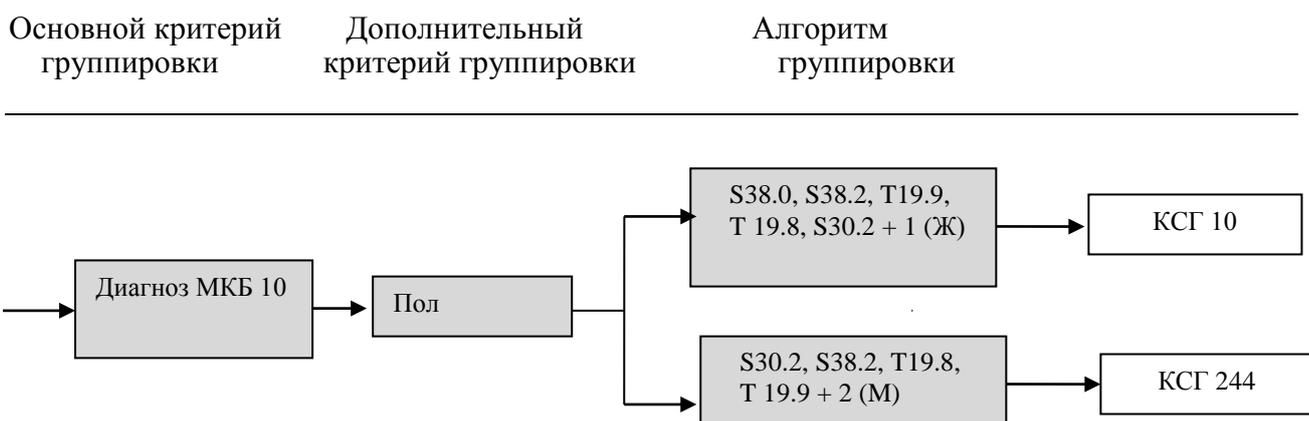
Формирование КСГ в зависимости от пола осуществляется применительно к следующим КСГ (таблица №9):

Таблица №9

№ КСГ	Наименование КСГ
10	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов
244	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов

Дополнительный критерий отнесения: пол (мужской, женский)

Алгоритм формирования групп с учетом пола:



Особенности формирования отдельных КСГ, объединяющих случаи лечения болезней системы кровообращения

Отнесение к отдельным КСГ кардиологического профиля, указанных в таблице №10, производится путем комбинации двух классификационных критериев: терапевтического диагноза и услуги:

Таблица №10

№ КСГ	Наименование КСГ
70	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
71	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии
73	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
75	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
194	Ревматические болезни сердца (уровень 2)
214	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2)
216	Другие болезни сердца (уровень 2)

Соответственно, если предусмотренные для отнесения к КСГ, указанным в таблице №12, услуги не оказывались, случай классифицируется по диагнозу в соответствии с кодом МКБ 10.

Аналогичный подход применяется при классификации госпитализаций при инфаркте мозга: при проведении тромболитической терапии случай или ряда диагностических манипуляций случай относится к одной из 2-х КСГ (Таблица №11):

Таблица №11

№ КСГ	Наименование КСГ	КЗ
92	Инфаркт мозга, уровень 2	3,12
93	Инфаркт мозга, уровень 3	4,51

Если никаких услуг, являющихся классификационными критериями, больным не оказывалось, то случай госпитализации относится к КСГ 91 *Инфаркт мозга*, уровень 1.

Классификационные критерии отнесения к КСГ 92 и 93 (Таблица №12):

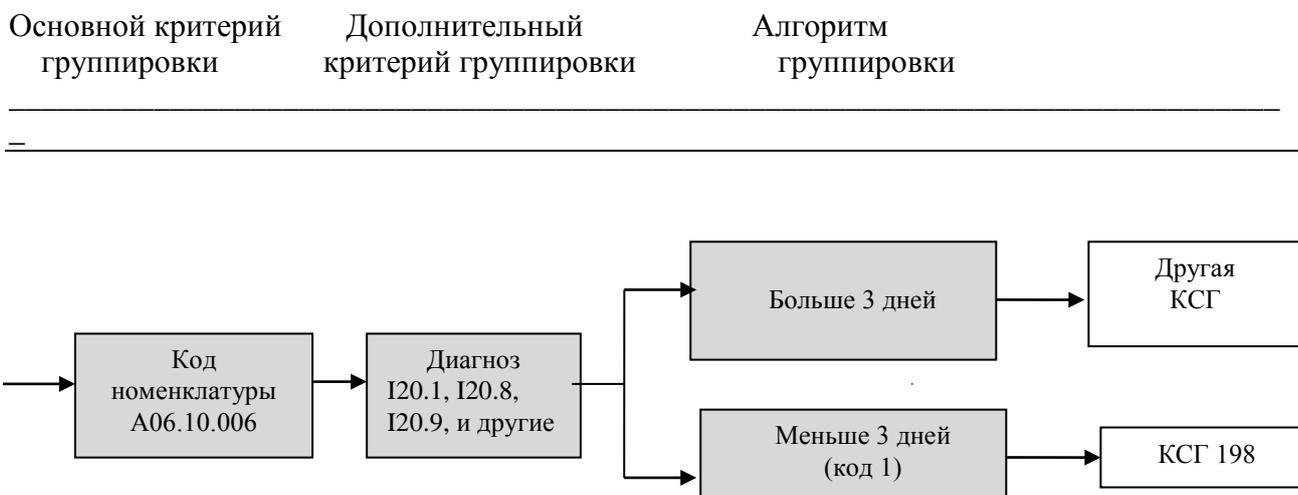
Таблица №12

Код услуги	Наименование услуги	КСГ
A06.12.031.001	Церебральная ангиография тотальная селективная	93
A05.12.006	Магнитно-резонансная ангиография с контрастированием (одна область)	93
A06.12.056	Компьютерно-томографическая ангиография сосудов головного мозга	93
A25.30.036.002	Назначение ферментных фибринолитических лекарственных препаратов для внутривенного введения при инсульте	92
A06.12.031	Церебральная ангиография	93
A25.30.036.003	Назначение ферментных фибринолитических лекарственных препаратов для внутриартериального введения при инсульте	93

КСГ 198 «*Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы*» предназначена для оплаты краткосрочных (не более трех дней) случаев госпитализации, целью которых является затратноое диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения.

Отнесение к 198 КСГ производится по комбинации критериев: услуга, представляющая собой метод диагностического обследования, и терапевтический диагноз.

Алгоритм формирования 198 группы:



Отнесение случаев к группам, относящимся к лекарственной терапии (КСГ 32-34 и 144 -157), осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» (С00-С80, С97) и кода схемы лекарственной терапии (при этом за законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, указанному в приложении №6.1 к настоящему Тарифному соглашению).

Количество дней введения не равно числу введений, так как в один день больной может получать несколько лекарственных препаратов. Также количество дней введения не равно длительности госпитализации.

Отнесение случаев лекарственного лечения с применением схем, не включенных в приложение №6.1. к настоящему Тарифному соглашению в качестве классификационного критерия, производится по кодам sh901 или sh902 по следующему правилу:

sh901 Прочие схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях: С15, С16, С18, С19, С20, С22, С25, С32, С34, С43, С44, С48, С50, С53, С54, С56, С57, С61, С64, С67, С73.

sh902 Прочие схемы лекарственной терапии при иных злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей): С00, С01, С02, С03, С04, С05, С06, С07, С08, С09, С10, С11, С12, С13, С14, С17, С21, С23, С24, С26, С30, С31, С33, С37, С38, С39, С40, С41, С45, С46, С47, С49, С51, С52, С55, С58, С60, С62, С63, С65, С66, С68, С69, С70, С71, С72, С74, С75, С76, С77, С78, С79, С80, С97.

Отнесение случаев к группам, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований (кроме ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей) у детей, и злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей у детей и взрослых производится на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С», кодов Номенклатуры и возраста - менее 18 лет или 18 лет и более.

Отнесение к КСГ 32-34 и 144-145 круглосуточного стационара производится по кодам Номенклатуры (Таблица №13):

Таблица №13

Код услуги	Наименование услуги
------------	---------------------

Код услуги	Наименование услуги
A25.30.014	Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у детей
A25.30.033	Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у взрослых

Отнесение к КСГ 157 круглосуточного стационара «Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы» производится путем комбинации кодов С81-С96 и кодов Номенклатуры (Таблица №14):

Таблица №14

Код услуги	Наименование услуги
A25.30.033.001	Назначение биотерапии с применением моноклональных антител при онкологическом заболевании у взрослых
A25.30.033.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов протеинкиназы при злокачественном новообразовании у взрослых

Название услуги включает наименование группы лекарственного препарата согласно анатомо-терапевтическо-химической (АТХ) классификации. В медицинской организации при назначении конкретного лекарственного препарата определяется его принадлежность к АТХ-группе и выбирается соответствующая услуга для кодирования.

Например, применение препарата, который согласно АТХ-классификации относится к моноклональным антителам, кодируется услугой А25.30.032.001 «Назначение биотерапии с применением моноклональных антител при онкологическом заболевании у взрослых».

КСГ 158 Фебрильная нейтропения, агранулоцитоз вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) и КСГ 159 Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)

КСГ 158 159 применяются в случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз или установка, замены порт-системы являются основным поводом для госпитализации.

В случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз развивается у больного, госпитализированного с целью проведения специального противоопухолевого лечения, оплата производится по КСГ с наибольшим КЗ. Аналогично, если больному в рамках одной госпитализации устанавливают порт систему и проводят лекарственное лечение, оплата производится по КСГ с наибольшим КЗ.

Отнесение случая к КСГ 158 осуществляется по двум кодам МКБ-10 (D70 Агранулоцитоз и С00-С80, С97). При этом поводом для госпитализации является диагноз D70, поэтому его необходимо кодировать в поле «Основное заболевание», в поле «Дополнительный диагноз» необходимо указать код МКБ-10, соответствующий злокачественному заболеванию (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) – С00-С80 или С97.

Отнесение случая к КСГ 159 осуществляется по коду МКБ-10 (С.) и кода Номенклатуры А11.12.001.002 Имплантация подкожной венозной порт системы. При этом по коду данной услуги также допустимо кодирование установки и замены периферического венозного катетера – ПИК-катетера (ввиду отсутствия соответствующей услуги в Номенклатуре).

Отнесение к группе КСГ 160-162 (*Лучевая терапия*) осуществляется на основании кодов лучевой терапии, в соответствии с кодом Номенклатуры.

Отнесение к ряду КСГ хирургической онкологии производится при комбинации конкретных диагнозов из класса «С» и услуг, обозначающих выполнение оперативного вмешательства. Такие КСГ представлены в таблице №15:

Таблица №15

№ КСГ	Наименование КСГ
117	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
118	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
119	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3)
120	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
121	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
122	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1)
123	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
124	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3)
125	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
126	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
127	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3)
128	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 1)
129	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 2)
129	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 2)
130	Мастэктомия , другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1)
131	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2)
132	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 1)
133	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 2)
134	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1)
135	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2)
136	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3)
137	Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости
139	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях
140	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1)

№ КСГ	Наименование КСГ
141	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
142	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1)
143	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2)

Отнесение к КСГ 130, 131 «Мастэктомия» производится по коду оперативного вмешательства вне зависимости от диагноза (исходя из того, что подавляющее большинство подобных вмешательств очевидно выполняется при злокачественных новообразованиях молочной железы).

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

Отнесение к КСГ 138 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения» производится, если диагноз относится к классу «С», при этом больному не оказывалось услуг, являющихся классификационным критерием (химиотерапии, лучевой терапии, хирургической операции).

Отнесение случая к группе КСГ 221 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования» осуществляется с применением соответствующего кода номенклатуры из раздела «В». Данная группа предназначена в основном для оплаты случаев госпитализаций в отделения / медицинские организации неонкологического профиля, когда в ходе обследования выявлено злокачественное новообразование с последующим переводом (выпиской) больного для лечения в профильной организации.

Отнесение КСГ 320 круглосуточного стационара «Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов».

Отнесение случая к 320 КСГ производится по кодам услуг Номенклатуры (Таблица №16):

Таблица №16

Код услуги	Наименование услуги
A11.17.003	Установка интестинальной помпы
A11.17.003.001	Замена интестинальной помпы
A11.23.007.001	Заправка баклофеновой помпы

Реабилитационные КСГ

Отнесение к КСГ, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел В) вне зависимости от диагноза.

При этом для отнесения случая к КСГ 325 – 333 в круглосуточном стационаре применяется дополнительный классификационный критерий – оценка состояния пациента по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ) Таблица 17:

Таблица №17

Код	Расшифровка дополнительного классификационного критерия
rb4	4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации
rb5	5 балла по шкале реабилитационной маршрутизации
rb6	6 балла по шкале реабилитационной маршрутизации

Например, для отнесения к КСГ 325 «*Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (4 балла по ШРМ)*» необходимо наличие кода дополнительного классификационного критерия «rb4» и должны быть использованы следующие медицинские услуги (Таблица №18):

Таблица №18

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги
1	V05.024.003	Услуги по реабилитации пациента, перенесшего черепно-мозговую травму
2	V05.024.002	Услуги по реабилитации пациента, перенесшего нейрохирургическую операцию
3	V05.024.001	Услуги по реабилитации пациента с переломом позвоночника
4	V05.023.001	Услуги по реабилитации пациента, перенесшего острое нарушение мозгового кровообращения

Реанимационные КСГ

Отнесение к КСГ 322 «*Реинфузия аутокрови*», КСГ 323 «*Баллонная внутриаортальная контрпульсация*» и КСГ 324 «*Экстракорпоральная мембранная оксигенация*» осуществляется соответственно по кодам услуг Номенклатуры, указанным в Таблице19:

Таблица №19

Код услуги	Наименование услуги
A16.20.078	Реинфузия аутокрови (с использованием аппарата cell-saver)
A16.12.030	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
A16.10.021.001	Экстракорпоральная мембранная оксигенация

Отнесение случаев лечения с пациентов с органной дисфункцией к КСГ 22 «*Панкреатит с синдромом органной дисфункции*», КСГ 62 «*Сепсис с синдромом органной дисфункции*», КСГ 220 «*Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции*» и КСГ 299 «*Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции*» осуществляется с учетом в том числе дополнительного классификационного критерия – «оценка состояния пациента» с кодом «it1».

При этом необходимыми условиями кодирования случаев лечения пациентов с органной дисфункцией являются:

1. Непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 72 часов и более;
2. Оценка по Шкале органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), – не менее 5.

Для кодирования признака «it1» должны выполняться одновременно оба условия. За основу берется оценка по шкале SOFA в наиболее критическом за период госпитализации состоянии пациента.

Оценка состояния пациента по шкале SOFA осуществляется на основе оценки дисфункции шести органных систем (дыхательная, коагуляционная, печеночная, сердечно-сосудистая, неврологическая, почечная). Оценка каждого параметра в 0 баллов соответствует легкой дисфункции, оценка в 4 балла соответствует тяжелой недостаточности.

Градации оценок по шкале SOFA (Таблица 20):

Таблица №20

Оценка	Показатель	0 балл	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Дыхание	PaO ₂ /FiO ₂ , мм рт.ст.	> 400	< 400	< 300	< 200	< 100
Сердечно-Сосудистая Система	Среднее АД, мм рт.ст. или вазопрессоры, мкг/кг/мин	> 70	< 70	Дофамин < 5 или добутамина (любая доза)	Дофамин 5-15 или адреналин < 0,1 норадреналин < 0.1	Дофамин >15 или адреналин > 0,1 или норадреналин > 0,1
Коагуляция	Тромбоциты, 10 ³ /мкл	> 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Печень	Билирубин, ммоль/л, мг/дл	< 20 < 1,2	20-32 1.2–1.9	33-101 2.0–5.9	102-201 6.0–11.9	>204 ≥ 12.0
Почки	Креатинин, мкмоль/л, мг/дл	<110 <1,2	110-170 1,2-1,9	171-299 2,0-3,4	300-440 3,5-4,9	>440 >4,9
ЦНС	Шкала Глазго, баллы	15	13-14	10-12	6-9	<6

Примечания:

–Дисфункция каждого органа оценивается отдельно в динамике.

–PaO₂ в mm Hg и FIO₂ в % 0.21 – 1.00.

–Адренергические препараты назначены как минимум на 1 час в дозе мкг на кг в минуту.

–Среднее АД в mm Hg =

= ((систолическое АД в mm Hg) + (2 * (диастолическое АД в mm Hg))) / 3.

–0 баллов – норма; 4 балла – наибольшее отклонение от нормального значения

–Общий балл SOFA = Сумма баллов всех 6 параметров.

Интерпретация:

- минимальный общий балл: 0

- максимальный общий балл: 24

- чем выше балл, тем больше дисфункция органа.

- чем больше общий балл, тем сильнее мультиорганная дисфункция.

Шкала комы Глазго, используемая для оценки дисфункции центральной нервной системы, представлена ниже в Таблице 21:

Таблица №21

Клинический признак	Балл
Открывание глаз	
отсутствует	1

в ответ на болевой стимул	2
в ответ на обращенную речь	3
произвольное	4
Вербальный ответ	
отсутствует	1
нечленораздельные звуки	2
неадекватные слова или выражения	3
спутанная, дезориентированная речь	4
ориентированный ответ	5
Двигательный ответ	
отсутствует	1
тоническое разгибание конечности в ответ на болевой стимул (децеребрация)	2
тоническое сгибание конечности в ответ на болевой стимул (декортикация)	3
отдергивание конечности в ответ на болевой стимул	4
целенаправленная реакция на болевой стимул	5
выполнение команд	6

Примечания:

15 баллов – сознание ясное;

10-14 баллов – умеренное и глубокое оглушение;

9-10 баллов – сопор;

7-8 баллов – кома 1-й степени;

5-6 баллов – кома 2-й степени;

3-4 балла – кома 3-й степени.

Отнесение к КСГ 321 «Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении» по коду МКБ-10 (основное заболевание) и коду дополнительного классификационного критерия «it2», означающего непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 480 часов и более.

Формирование КСГ по профилю «Комбустиология»

Дополнительные критерии отнесения: комбинация диагнозов КСГ по профилю «Комбустиология» (ожоговые группы) формируются методом комбинации двух диагнозов, один из которых характеризует *степень ожога*, а другой *площадь ожога*. Логика формирования групп приведена далее (Таблица №22) и интегрирована в приложении №6 к настоящему Тарифному соглашению:

Таблица №22

КСГ	Наименование КСГ	Комментарий (модель)	Коды МКБ	Дополнительные коды МКБ
292	Отморожения (уровень 1)	Лечение пострадавших с поверхностными отморожениями	T33.0 - T33.9, T35.0	
293	Отморожения (уровень 2)	Лечение пострадавших с отморожением, некрозом ткани	T34, T34.0 - T34.9, T35.1-T35.7	

КСГ	Наименование КСГ	Комментарий (модель)	Коды МКБ	Дополнительные коды МКБ
294	Ожоги (уровень 1)	Лечение пострадавших с поверхностными ожогами 1-2 ст. (площадью менее 10%)	T20.1, T20.2, T20.5, T20.6, T21.1, T21.2, T21.5, T21.6, T22.1, T22.2, T22.5, T22.6, T23.1, T23.2, T23.5, T23.6, T24.1, T24.2, T24.5, T24.6, T25.1, T25.2, T25.5, T25.6, T29.1, T29.2, T29.5, T29.6, T30.0, T30.1, T30.2, T30.4, T30.5	T31.0, T32.0
295	Ожоги (уровень 2)	Лечение пострадавших с поверхностными ожогами 1-2 ст. (площадью 10% и более)	T20.1, T20.2, T20.5, T20.6, T21.1, T21.2, T21.5, T21.6, T22.1, T22.2, T22.5, T22.6, T23.1, T23.2, T23.5, T23.6, T24.1, T24.2, T24.5, T24.6, T25.1, T25.2, T25.5, T25.6, T29.1, T29.2, T29.5, T29.6, T30.0, T30.1, T30.2, T30.4, T30.5, T30.6	T31.1- T31.9, T32.1- T32.7
296	Ожоги (уровень 3)	Лечение пострадавших с глубокими ожогами 3 ст. (площадью менее 10%)	T20.0, T20.3, T20.4, T20.7, T21.0, T21.3, T21.4, T21.7, T22.0, T22.3, T22.4, T22.7, T23.0, T23.3, T23.4, T23.7, T24.0, T24.3, T24.4, T24.7, T25.0, T25.3, T25.4, T25.7, T29.0, T29.3, T29.4, T29.7, T30.3, T30.7	T31.0, T32.0
297	Ожоги (уровень 4)	Лечение пострадавших с глубокими ожогами 3 ст. (площадью 10% - 29%)	T20.0, T20.3, T20.4, T20.7, T21.0, T21.3, T21.4, T21.7, T22.0, T22.3, T22.4, T22.7, T23.0, T23.3, T23.4, T23.7, T24.0, T24.3, T24.4, T24.7, T25.0, T25.3, T25.4, T25.7, T29.0, T29.3, T29.4, T29.7, T30.3, T30.7	T31.1, T31.2, T32.1, T32.2
		Термические и химические ожоги внутренних органов	T27.0, T27.1, T27.2, T27.3, T27.4, T27.5, T27.6, T27.7	
298	Ожоги (уровень 5)	Лечение пострадавших с глубокими ожогами 3 ст. (площадью более 30%)	T20.0, T20.3, T20.4, T20.7, T21.0, T21.3, T21.4, T21.7, T22.0, T22.3, T22.4, T22.7, T23.0, T23.3, T23.4, T23.7, T24.0, T24.3, T24.4, T24.7, T25.0, T25.3, T25.4, T25.7, T29.0, T29.3, T29.4, T29.7, T30.3, T30.7	T31.3, T31.4, T31.5, T31.6, T31.7, T31.8, T31.9, T32.3, T32.4,

КСГ	Наименование КСГ	Комментарий (модель)	Коды МКБ	Дополнительные коды МКБ
				T32.5, T32.6, T32.7, T32.8, T32.9

Исключением являются ожоги дыхательной системы (коды МКБ-10), при наличии которых случай относится к КСГ 297 Ожоги (уровень 4) независимо от степени и площади ожога туловища.

Ожоги других внутренних органов относятся к КСГ иных профилей, например (Таблица №23):

Таблица №23

Код МКБ 10	Наименование диагноза	КСГ	Наименование КСГ
T28.5	Химический ожог рта и глотки	198	Другие болезни органов пищеварения, взрослые
T28.5	Химический ожог рта и глотки	169	Другие болезни органов пищеварения, дети
T28.0	Термический ожог рта и глотки	198	Другие болезни органов пищеварения, взрослые
T28.0	Термический ожог рта и глотки	169	Другие болезни органов пищеварения, дети

Некоторые особенности формирования КСГ акушерско-гинекологического профиля.

Отнесение к КСГ 4 «Родоразрешение» при любом основном диагнозе класса XV. Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99), включенном в данную КСГ, производится при комбинации с любой из трех услуг, указанных в Таблице №24:

Таблица №24

Код услуги	Наименование услуги
V01.001.006	Ведение патологических родов врачом-акушером-гинекологом
V01.001.009	Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом
V02.001.002	Ведение физиологических родов акушеркой

Если при наличии диагноза класса XV. Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99) нет закодированных услуг, соответствующих родоразрешению, случай относится к КСГ 2 «Осложнения, связанные с беременностью».

Большинство услуг, представляющих собой акушерские манипуляции, операции, не используется в группировке в связи с нецелесообразностью их использования как основного критерия отнесения к конкретной КСГ, например, следующие услуги (Таблица №25):

Таблица №25

Код услуги	Наименование услуги
A16.20.005.001	Расширение шейного канала
A16.20.070	Наложение акушерских щипцов
A16.20.071	Вакуум-экстракция плода

Код услуги	Наименование услуги
A16.20.071.001	Экстракция плода за тазовый конец
A16.20.073	Ручное пособие при тазовом предлежании плода (по Цовьянову)
A16.20.073.001	Поворот плода за ножку
A16.20.073.002	Классическое ручное пособие при тазовом предлежании плода
A16.20.076	Наложение гемостатических компрессионных швов (B-lunch)
A16.20.076.001	Наложение клемм по Бакшееву
A16.20.076.002	Наложение клемм по Генкелю-Тиканадзе
A16.20.077	Установка внутриматочного баллона
A16.20.073.003	Ручное отделение плаценты и выделение последа

Такой подход означает, что проведение операций при родоразрешении или искусственном аборте *учтено при расчете коэффициента относительной затроемкости случаев* в соответствующей КСГ.

При выполнении операции кесарева сечения (A16.20.005 Кесарево сечение) случай относится к КСГ 5 вне зависимости от диагноза.

К КСГ4 «Родоразрешение» однозначно относятся комбинации диагнозов, входящих в КСГ 4, и следующих услуг (Таблица №26):

Таблица №26

Код услуги	Наименование услуги
A16.20.007	Пластика шейки матки
A16.20.015	Восстановление тазового дна
A16.20.023	Восстановление влагалищной стенки
A16.20.024	Реконструкция влагалища
A16.20.030	Восстановление вульвы и промежности

Если в ходе оказания медицинской помощи роженице выполнялась операция, входящая в КСГ 13 или 14 (операции на женских половых органах уровней 3 и 4), например субтотальная или тотальная гистерэктомия, отнесение случая производится к КСГ по коду операции.

При дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением оплата по двум КСГ (2 «Осложнения, связанные с беременностью» и 4 «Родоразрешение», а также 2 «Осложнения, связанные с беременностью» и 5 «Кесарево сечение») осуществляется в случае пребывания в отделение патологии беременности в течение 6 дней и более.

В случае пребывания пациентки в отделении патологии беременности менее 6 дней (при дородовой госпитализации) с последующим родоразрешением оплата осуществляется за один случай госпитализации по КСГ 4 «Родоразрешение» или КСГ 5 «Кесарево сечение», за исключением случаев указанных ниже.

Оплата по 2 КСГ «Осложнения, связанные с беременностью» осуществляется в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10:

O14.1 Тяжелая преэклампсия.

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

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

О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери.

О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

КСГ 1 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» может быть подана на оплату медицинскими организациями, имеющими в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода и распределенные решением Комиссии объемы по данному профилю.

КСГ 84 «Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина»

Отнесение к КСГ 86 производится по комбинации кода МКБ-10 (диагноза) и кодов Номенклатуры, обозначающих услуги по назначению лекарственных препаратов.

Перечень диагнозов и услуг, являющихся классификационным критерием отнесения к КСГ 86 представлен в таблице №27.

Таблица №27

Код МКБ 10/услуги	Диагноз/название услуги
G20	Болезнь Паркинсона
G23.0	Болезнь Геллервордена-Шпатца
G24	Дистония
G24.0	Дистония, вызванная лекарственными средствами
G24.1	Идиопатическая семейная дистония
G24.2	Идиопатическая несемейная дистония
G24.3	Спастическая кривошея
G24.4	Идиопатическая рото-лицевая дистония
G24.5	Блефароспазм
G24.8	Прочие дистонии
G24.9	Дистония неуточненная
G35	Рассеянный склероз
G43	Мигрень
G43.0	Мигрень без ауры [простая мигрень]
G43.1	Мигрень с аурой [классическая мигрень]
G43.2	Мигренозный статус
G43.3	Осложненная мигрень
G43.8	Другая мигрень
G43.9	Мигрень неуточненная
G44	Другие синдромы головной боли
G44.0	Синдром "гистаминовой" головной боли
G44.1	Сосудистая головная боль, не классифицированная в других рубриках
G44.2	Головная боль напряженного типа
G44.3	Хроническая посттравматическая головная боль
G44.4	Головная боль, вызванная применением лекарственных средств, не классифицированная в других рубриках
G44.8	Другой уточненный синдром головной боли
G51.3	Клонический гемифациальный спазм
G80	Детский церебральный паралич
G80.0	Спастический церебральный паралич
G80.1	Спастическая диплегия

Код МКБ 10/услуги	Диагноз/название услуги
G80.2	Детская гемиплегия
G80.3	Дискинетический церебральный паралич
G80.4	Атактический церебральный паралич
G80.8	Другой вид детского церебрального паралича
G80.9	Детский церебральный паралич неуточненный
G81.1	Спастическая параплегия
G81.9	Гемиплегия неуточненная
G82.1	Спастическая параплегия
G82.4	Спастическая тетраплегия
G82.5	Тетраплегия неуточненная
A25.24.001.002	Назначение ботулинического токсина при заболеваниях периферической нервной системы

Отнесение к КСГ 314 «Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина» производится по комбинации кода МКБ-10 и кодов Номенклатуры, обозначающих услуги по назначению лекарственных препаратов, в соответствии с таблицей №28.

Таблица №28

Код МКБ 10	Диагноз	Код услуги	Название услуги
G70.2	Врожденная или приобретенная миастения	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G61.8	Другие воспалительные полиневропатии	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G70.0	Myasthenia gravis	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G36.9	Острая диссеминированная демиелинизация неуточненная	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G36.1	Острый и подострый геморрагический лейкоэнцефалит [болезнь харста]	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G35	Рассеянный склероз	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G36.8	Другая уточненная форма острой диссеминированной демиелинизации	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G58.7	Множественный мононеврит	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы

Код МКБ 10	Диагноз	Код услуги	Название услуги
G61.0	Синдром гийена-барре	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G36.0	Оптиконевромиелит [болезнь девика]	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G37.3	Острый поперечный миелит при демиелинизирующей болезни центральной нервной системы	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
G37.5	Концентрический склероз [бало]	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
G37.1	Центральная демиелинизация мозолистого тела	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
G37.9	Демиелинизирующая болезнь центральной нервной системы неуточненная	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
G37.2	Центральный понтийный миелиноз	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
G37.4	Подострый некротизирующий миелит	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
G51.0	Паралич Белла	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G37.0	Диффузный склероз	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
G37.8	Другие уточненные демиелинизирующие болезни центральной нервной системы	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
G37	Другие демиелинизирующие болезни центральной нервной си-	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и

Код МКБ 10	Диагноз	Код услуги	Название услуги
	стемы		головного мозга
G11.3	Мозжечковая атаксия с нарушением репарации ДНК	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
D69.3	Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура	A25.05.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях системы органов кроветворения и крови

Отнесение к КСГ 316 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии» производится по комбинации кода МКБ-10 и кодов Номенклатуры, обозначающих услуги по назначению лекарственных препаратов, в соответствии с таблицей №29.

Таблица №29

Код МКБ-10	Диагноз	Код услуги	Название услуги *)
I70.2	Атеросклероз артерий конечностей	A25.12.001.001	Назначение дезоксирибонуклеиновой кислоты плазмидной (сверхскрученной кольцевой двуцепочной) при заболеваниях периферических артерий
I70.8	Атеросклероз других артерий	A25.12.001.001	Назначение дезоксирибонуклеиновой кислоты плазмидной (сверхскрученной кольцевой двуцепочной) при заболеваниях периферических артерий
J45.0	Астма с преобладанием аллергического компонента	A25.09.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы прочих препаратов для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей для системного применения
K50.0	Болезнь Крона тонкой кишки	A25.17.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях тонкой кишки
K50.0	Болезнь Крона тонкой кишки	A25.17.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях тонкой кишки
K50.1	Болезнь Крона толстой кишки	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K50.1	Болезнь Крона толстой кишки	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K50.8	Другие разновидности болезни Крона	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K50.8	Другие разновидности болезни Крона	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K50.9	Болезнь Крона неуточненная	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки

Код МКБ-10	Диагноз	Код услуги	Название услуги *)
K50.9	Болезнь Крона неуточненная	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K51	Язвенный колит	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K51	Язвенный колит	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K51.0	Язвенный (хронический) энтероколит	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K51.0	Язвенный (хронический) энтероколит	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K51.1	Язвенный (хронический) илеоколит	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K51.1	Язвенный (хронический) илеоколит	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K51.2	Язвенный (хронический) проктит	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K51.2	Язвенный (хронический) проктит	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K51.3	Язвенный (хронический) ректосигмоидит	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K51.3	Язвенный (хронический) ректосигмоидит	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K51.4	Псевдополипоз ободочной кишки	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K51.4	Псевдополипоз ободочной кишки	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K51.5	Мукозный проктоколит	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K51.5	Мукозный проктоколит	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K51.8	Другие язвенные колиты	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K51.8	Другие язвенные колиты	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K51.9	Язвенный колит неуточненный	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки

Код МКБ-10	Диагноз	Код услуги	Название услуги *)
K51.9	Язвенный колит неуточненный	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
L40.0	Псориаз обыкновенный	A25.01.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при заболеваниях кожи
L40.0	Псориаз обыкновенный	A25.01.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях кожи
L40.1	Генерализованный пустулезный псориаз	A25.01.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях кожи
L40.1	Генерализованный пустулезный псориаз	A25.01.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при заболеваниях кожи
L50.1	Идиопатическая крапивница	A25.09.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы прочих препаратов для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей для системного применения
M05.0	Синдром Фелти	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M05.0	Синдром Фелти	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M05.0	Синдром Фелти	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M05.1	Ревматоидная болезнь легкого (j99.0)	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M05.1	Ревматоидная болезнь легкого (j99.0)	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M05.1	Ревматоидная болезнь легкого (j99.0)	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M05.2	Ревматоидный васкулит	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M05.2	Ревматоидный васкулит	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M05.2	Ревматоидный васкулит	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M05.3	Ревматоидный артрит с вовлечением др. органов и систем	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M05.3	Ревматоидный артрит с вовлечением др. органов и систем	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях

Код МКБ-10	Диагноз	Код услуги	Название услуги *)
M05.3	Ревматоидный артрит с вовлечением др. органов и систем	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M05.3	Ревматоидный артрит с вовлечением др. органов и систем	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M05.8	Другие серопозитивные ревматоидные артриты	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M05.8	Другие серопозитивные ревматоидные артриты	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M05.8	Другие серопозитивные ревматоидные артриты	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M05.9	Серопозитивный ревматоидный артрит неуточненный	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M05.9	Серопозитивный ревматоидный артрит неуточненный	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M05.9	Серопозитивный ревматоидный артрит неуточненный	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M06.0	Серонегативный ревматоидный артрит	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M06.0	Серонегативный ревматоидный артрит	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M06.0	Серонегативный ревматоидный артрит	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M06.1	Болезнь Стилла, развившаяся у взрослых	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M06.1	Болезнь Стилла, развившаяся у взрослых	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M06.1	Болезнь Стилла, развившаяся у взрослых	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M06.9	Ревматоидный артрит неуточненный	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M07.0	Дистальная межфаланговая псориатическая артропатия (I40.5+)	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях

Код МКБ-10	Диагноз	Код услуги	Название услуги *)
M07.0	Дистальная межфаланговая псориатическая артропатия (I40.5+)	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M07.0	Дистальная межфаланговая псориатическая артропатия (I40.5+)	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M07.1	Мутилирующий артрит (I40.5+)	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M07.1	Мутилирующий артрит (I40.5+)	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M07.1	Мутилирующий артрит (I40.5+)	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M07.2	Псориатический спондилит (I40.5+)	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M07.2	Псориатический спондилит (I40.5+)	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M07.2	Псориатический спондилит (I40.5+)	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M07.3	Др. псориатические артропатии (I40.5+)	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M07.3	Др. псориатические артропатии (I40.5+)	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M07.3	Др. псориатические артропатии (I40.5+)	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M08.0	Юношеский ревматоидный артрит	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M08.0	Юношеский ревматоидный артрит	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M08.0	Юношеский ревматоидный артрит	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M08.1	Юношеский анкилозирующий спондилит	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M08.1	Юношеский анкилозирующий спондилит	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M08.1	Юношеский анкилозирующий спондилит	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях

Код МКБ-10	Диагноз	Код услуги	Название услуги *)
M08.2	Юношеский артрит с системным началом	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M08.2	Юношеский артрит с системным началом	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M08.2	Юношеский артрит с системным началом	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M08.3	Юношеский полиартрит (серонегативный)	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M08.3	Юношеский полиартрит (серонегативный)	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M08.3	Юношеский полиартрит (серонегативный)	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M30.0	Узелковый полиартериит	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M30.1	Полиартериит с поражением легких [черджа-стросса]	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M30.2	Ювенильный полиартериит	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M30.2	Ювенильный полиартериит	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M30.2	Ювенильный полиартериит	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M30.2	Ювенильный полиартериит	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M30.3	Слизисто-кожный лимфонулярный синдром [кавасаки]	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M30.8	Другие состояния, связанные с узелковым полиартериитом	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M31.0	Гиперчувствительный ангиит	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M31.1	Тромботическая микроангиопатия	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M31.2	Смертельная срединная гранулема	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M31.3	Гранулематоз вегенера	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани

Код МКБ-10	Диагноз	Код услуги	Название услуги *)
			соединительной ткани
M31.4	Синдром дуги аорты [такаюсу]	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M31.5	Гигантоклеточный артериит с ревматической полимиалгией	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M31.6	Другие гигантоклеточные артерииты	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M31.7	Микроскопический полиангиит	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M31.8	Другие уточненные некротизирующие васкулопатии	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M31.9	Некротизирующая васкулопатия неуточненная	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M33.0	Юношеский дерматомиозит	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M33.0	Юношеский дерматомиозит	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M33.0	Юношеский дерматомиозит	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M35.0	Сухой синдром [Шегнера]	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M35.1	Другие перекрестные синдромы	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M35.2	Болезнь бехчета	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M35.3	Ревматическая полимиалгия	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M35.4	Диффузный (эозинофильный) фасциит	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M35.5	Многоочаговый фибросклероз	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M35.6	Рецидивирующий панникулит вебера-крисчена	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани

Код МКБ-10	Диагноз	Код услуги	Название услуги *)
M35.7	Гипермобильный синдром разболтанности, излишней подвижности	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M35.8	Другие уточненные системные поражения соединительной ткани	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M35.9	Системные поражения соединительной ткани неуточненные	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M45	Анкилозирующий спондилит	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M45	Анкилозирующий спондилит	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M45	Анкилозирующий спондилит	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
P07.0	Крайне малая масса тела при рождении	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
P07.1	Другие случаи малой массы тела при рождении	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
P07.2	Крайняя незрелость	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
P07.3	Другие случаи недоношенности	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
P27.1	Бронхолегочная дисплазия, возникшая в перинатальном периоде	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q20.0	Общий артериальный ствол	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q20.1	Удвоение выходного отверстия правого желудочка	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q20.2	Удвоение выходного отверстия левого желудочка	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q20.3	Дискордантное желудочково-артериальное соединение	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)

Код МКБ-10	Диагноз	Код услуги	Название услуги *)
Q20.4	Удвоение входного отверстия желудочка	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q20.5	Дискордантное предсердно-желудочковое соединение	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q20.6	Изомерия ушка предсердия	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q20.8	Другие врожденные аномалии сердечных камер и соединений	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q20.9	Врожденная аномалия сердечных камер и соединений неуточненная	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q21.0	Дефект межжелудочковой перегородки	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q21.1	Дефект предсердной перегородки	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q21.2	Дефект предсердно-желудочковой перегородки	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q21.3	Тетрада фалло	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q21.4	Дефект перегородки между аортой и легочной артерией	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q21.8	Другие врожденные аномалии сердечной перегородки	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q21.9	Врожденная аномалия сердечной перегородки неуточненная	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q22.0	Атрезия клапана легочной артерии	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q22.1	Врожденный стеноз клапана легочной артерии	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)

Код МКБ-10	Диагноз	Код услуги	Название услуги *)
Q22.2	Врожденная недостаточность клапана легочной артерии	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q22.3	Другие врожденные пороки клапана легочной артерии	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q22.4	Врожденный стеноз трехстворчатого клапана	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q22.5	Аномалия Эбштейна	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q22.6	Синдром правосторонней гипоплазии сердца	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q22.8	Другие врожденные аномалии трехстворчатого клапана	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q22.9	Врожденная аномалия трехстворчатого клапана неуточненная	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q23.0	Врожденный стеноз аортального клапана	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q23.1	Врожденная недостаточность аортального клапана	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q23.2	Врожденный митральный стеноз	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q23.3	Врожденная митральная недостаточность	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q23.4	Синдром левосторонней гипоплазии сердца	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q23.8	Другие врожденные аномалии аортального и митрального клапанов	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q23.9	Врожденная аномалия аортального и митрального клапанов неуточненная	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)

Код МКБ-10	Диагноз	Код услуги	Название услуги *)
Q24	Другие врожденные аномалии [пороки развития] сердца	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q24.0	Декстрокардия	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q24.1	Левокардия	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q24.2	Трехпредсердное сердце	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q24.3	Воронкообразный стеноз клапана легочной артерии	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q24.4	Врожденный субаортальный стеноз	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q24.5	Аномалия развития коронарных сосудов	A25.30.035**)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)

*) Название услуги включает наименование группы лекарственного препарата согласно АТХ-классификации и диагноз. В медицинской организации при назначении конкретного лекарственного препарата определяется его принадлежность к АТХ-группе и выбирается соответствующая услуга для кодирования. Закодированная услуга в дальнейшем в комбинации с диагнозом служит критерием отнесения к КСГ 316 круглосуточного стационара.

***) При комбинации кода МКБ-10 (диагноза) и кода Номенклатуры А25.30.035 «Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)» дополнительным классификационным критерием является возраст: до двух лет.

При этом количество случаев госпитализации одного пациента по КСГ 316 круглосуточного стационара определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по соответствующей нозологии.

3.3.3. Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания ВМП и специализированной медицинской помощи.

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

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 ме-

дицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по КСГ, формируемой по коду МКБ 10.

Оплата случаев госпитализации при оказании высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), включенного в базовую программу ОМС, осуществляется по тарифам, установленным в настоящем Тарифном соглашении за законченный случай госпитализации при использовании методов лечения при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС.

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 государственных гарантий в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень). В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

3.3.4. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация».

Оплата случаев госпитализации по медицинской реабилитации в реабилитационных отделениях медицинских организаций и в условиях санаторно-курортных организаций, имеющих соответствующую лицензию, осуществляется по тарифам, установленным в настоящем Тарифном соглашении за законченный случай госпитализации по соответствующей группе КСГ (325 – 333 КСГ).

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ), в соответствии с Таблицей №30. При оценке по шкале Реабилитационной Маршрутизации 4-6 пациент получает реабилитацию в условиях круглосуточного реабилитационного стационара с оплатой по соответствующей КСГ.

Таблица №30

Градация оценки ШРМ	Описание статуса		
	При заболеваниях и (или) состояниях центральной нервной системы	При заболеваниях и (или) состояниях периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата	При соматических (кардиологических) заболеваниях и (или) состояниях
4	Выраженное ограничение жизнедеятельности		
	<ul style="list-style-type: none"> • Не может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи • Нуждается в помощи при выполнении повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др. • В обычной жизни нуждается в ухаживающем • Может проживать один дома без помощи до 1 суток 	<ul style="list-style-type: none"> • Умеренно выраженное ограничение возможностей передвижения и нуждается в дополнительном средстве опоры – костыли • Умеренное ограничение возможностей самообслуживания и при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет • Выраженный болевой синдром во время движений, умеренно выраженный болевой синдром в покое (4-6 баллов по ВАШ) 	<ul style="list-style-type: none"> • Стенокардия возникает при ходьбе от 100 до 500 м по ровной местности, при подъеме на 1 пролет обычных ступенек, в нормальном темпе, при обычных условиях. Тест шестиминутной ходьбы (ТШМ) = 150-300 м, Тесты с физической нагрузкой (ВЭМ/спироэргометрия) = 25-50 Вт /2-3,9 МЕ • Самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности • В обычной жизни нуждается в ухаживающем

			<ul style="list-style-type: none"> • Может проживать один дома без помощи до 1 суток
5	Грубое нарушение процессов жизнедеятельности		
<ul style="list-style-type: none"> • Пациент прикован к постели • Не может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи • Нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др. • Нуждается в ухаживающем постоянно (и днем, и ночью) • Не может быть оставлен один дома без посторонней помощи 	<ul style="list-style-type: none"> • Выраженное ограничение возможностей передвижения. Нуждается в дополнительных средствах опоры – ходунки или самостоятельно передвигается в коляске. Перемещение ограничено пределами стационарного отделения. Не может ходить по лестнице • Выраженное ограничение возможностей самообслуживания и выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет • Выраженный болевой синдром в покое (7-8 баллов по ВАШ), усиливающийся при движении 	<ul style="list-style-type: none"> • Больной комфортно чувствует себя только в состоянии покоя, малейшие физические нагрузки приводят к появлению слабости, сердцебиения, одышки, болям в сердце. Тест шестиминутной ходьбы (ТШМ) < 150 м. • Не может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи • Нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др. • Не может быть оставлен один дома без посторонней помощи 	
6	Нарушение жизнедеятельности крайней степени тяжести		
<ul style="list-style-type: none"> • Хроническое нарушение сознания: витальные функции стабильны; нейромышечные и коммуникативные функции глубоко нарушены; пациент может находиться в условиях специального ухода реанимационного отделения • Нейромышечная несостоятельность: психический статус в пределах нормы, однако глубокий двигательный дефицит (тетраплегия) и бульбарные нарушения вынуждают больного оставаться в специализированном реанимационном отделении 	<ul style="list-style-type: none"> • Резко выраженное ограничение возможностей самообслуживания и при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет • Резко выраженный болевой синдром в покое (9-10 баллов по ВАШ), усиливающийся при движении • Резко выраженное ограничение возможностей передвижения и нуждается в посторонней помощи при перемещении в коляске или на каталке • При движениях имеется опасность кровотечения, смещения костных отломков или имплантатов, повреждения мягкотканого скелета, мышц, сосудов, компрессии нервов 	<ul style="list-style-type: none"> • Витальные функции стабильны, пациент может находиться в условиях специального ухода: БИТ (реанимационного отделения) • Пациент неспособен переносить любую физическую нагрузку без болей в сердце, одышки, сердцебиения (например, при присаживании или поворотах в постели) 	

Состояние пациента по ШРМ оценивается при поступлении в круглосуточный стационар или дневной стационар. В случае, если состояние пациента может быть описано набором утверждений, относящихся к разным статусам по ШРМ, выставляется оценка, соответствующая описанию, для которого выполняется большинство критериев.

3.3.5. Оплата медицинской помощи с применением методов диализа.

Учитывая особенности оказания и пожизненный характер проводимого лечения и, соответственно, оплаты медицинской помощи при проведении процедур диализа, включающего различные методы, для оплаты указанных процедур, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу.

При этом, стоимость услуги диализа с учетом фактического выполненного количества, является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

Например, при лечении в условиях круглосуточного стационара заболевания, отнесенного к КСГ 114 «Почечная недостаточность», в рамках одного случая лечения осуществляется оплата лечения по тарифу для КСГ 114 к которому прибавляется стоимость услуги диализа с учетом количества фактически выполненных услуг диализа в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

Консервативное лечение хронических болезней почек и их осложнений проводится в условиях круглосуточного и дневного стационаров, острого почечного повреждения только в условиях круглосуточного стационара.

3.4. Порядок оплаты прерванных случаев лечения, в том числе при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями.

3.4.1. Порядок оплаты *прерванных случаев лечения*.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи:

- перевода пациента в другую медицинскую организацию;
- преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения;
- летального исхода;
- госпитализации при проведении диагностических исследований;
- при которых длительность госпитализации составляет менее 3-х дней включительно, за исключением случаев, включенных в Таблицу №31.

3.4.1.1. В случае если длительность лечения составила 3 дня и менее и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной настоящим тарифным соглашением для соответствующей КСГ, за исключением случаев, указанных в Таблице №31 и оплата которых не зависимо от длительности лечения осуществляется по полному тарифу за законченный случай лечения.

Если хирургическое лечение либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 33% от установленной стоимости тарифа за законченный случай лечения по соответствующей клинико-статистической группе (КСГ), за исключением случаев, при которых длительность госпитализации составляет 3 дня и менее (Таблица №31), оплата которых не зависимо от длительности лечения осуществляется по полному тарифу за законченный случай лечения.

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

Если хирургическое лечение либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 50% от стоимости, определенной настоящим тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10), за исключением случаев, указанных в Таблице №31, оплата которых не зависимо от длительности лечения осуществляется по полному тарифу за законченный случай лечения.

Сверхкороткие случаи госпитализации, являющиеся исключением и оплачиваемые в полном объеме независимо от длительности лечения.

№ КСГ	Наименование КСГ (круглосуточный стационар)
2	Осложнения, связанные с беременностью
3	Беременность, закончившаяся абортным исходом
4	Родоразрешение
5	Кесарево сечение
11	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)
12	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)
16	Ангioneвротический отек, анафилактический шок
86	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
99	Сотрясение головного мозга
146	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)
147	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)
148	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)
149	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)
150	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)
151	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)
152	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)
153	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)
154	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)
155	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)
159	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
157	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
167	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
168	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
172	Замена речевого процессора
173	Операции на органе зрения (уровень 1)
174	Операции на органе зрения (уровень 2)
198	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
219	Отравления и другие воздействия внешних причин
271	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
301	Операции на органах полости рта (уровень 1)

№ КСГ	Наименование КСГ (круглосуточный стационар)
314	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
316	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии
320	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

3.4.2. Порядок оплаты *при переводах пациентов* из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями.

Лечение в каждом конкретном профильном отделении стационара составляет отдельную запись в реестре счетов с указанием количества фактически проведенных пациентом койко-дней.

При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации (из одного отделения круглосуточного стационара в другое или из дневного стационара в круглосуточный), а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения в условиях круглосуточного стационара по КСГ с наибольшим размером оплаты.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной), в случае, если это обусловлено возникновением 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 лечения, которые оплачиваются в соответствии с условиями, установленными в п. 3.4.1 настоящего тарифного соглашения.

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

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

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

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

По каждому случаю перевода из одного отделения в другое, оплачиваемому по двум клинико-статистическим группам, проводится медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

3.4.3. Порядок оплаты случаев *сверхдлительного пребывания*.

Оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации осуществляется с применением коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП). При этом критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация:

- со сроком лечения свыше 30 дней по КСГ, указанным в Таблице №32.1
- со сроком лечения свыше 45 дней по КСГ, указанным в Таблице №32.2

Таблица №32.1

№ КСГ	Наименование КСГ
25	Нарушения свертывания крови
63	Другие инфекционные и паразитарные болезни, взрослые
77	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
91	Инфаркт мозга (уровень 1)
102	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 2)
114	Почечная недостаточность
116	Гломерулярные болезни
168	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
188	Пневмония, плеврит, другие болезни плевры
197	Болезни артерий, артериол и капилляров
222	Гнойные состояния нижних дыхательных путей
224	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 2)
226	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)
228	Переломы шейки бедра и костей таза
232	Множественные переломы, травматические ампутации, разможнения и последствия травм
235	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
237	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)
238	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)
239	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)
266	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей
268	Остеомиелит (уровень 2)
276	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 3)
293	Отморожения (уровень 2)

Таблица №32.2

№ КСГ	Наименование КСГ
109	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций
233	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)
279	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)
280	Панкреатит, хирургическое лечение

При оплате случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации по тарифу с применением коэффициента сложности лечения пациента в реестре счетов должен быть указан критерий (код №9), на основании которого применен коэффициент сложности лечения пациента (сверх длинные сроки госпитализаций, обусловленные медицинскими показателями).

4. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

4.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), участвующих в реализации ТПОМС на 2018 год, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара (Таблица №33).

Таблица №33

№ п/п	Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций)
1	2
1	ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница имени Н.Н. Бурденко»
2	ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница имени Н.Ф.Филатова»
3	ГБУЗ «Областной онкологический диспансер»
4	ГБУЗ «Пензенская областная офтальмологическая больница»
5	ГБУЗ «Клиническая больница № 5»
6	ГБУЗ «Городская поликлиника»
7	ГБУЗ «Клиническая больница №6 им. Г.А. Захарьина»
8	ГБУЗ «Пензенский городской родильный дом»
9	ГБУЗ «Городская детская поликлиника»
10	ГБУЗ «Кузнецкая межрайонная детская больница»
11	ГБУЗ «Кузнецкая МРБ»
12	ГБУЗ «Башмаковская РБ»
13	ГБУЗ «Белинская РБ»
14	ГБУЗ «Бессоновская РБ»
15	ГБУЗ «Городищенская РБ»
16	ГБУЗ «Земетчинская РБ»
17	ГБУЗ «Иссинская УБ»
18	ГБУЗ «Каменская МРБ»
19	ГБУЗ «Кольшлейская РБ»
20	ГБУЗ «Лопатинская УБ»
21	ГБУЗ «Лунинская РБ»
22	ГБУЗ «Мокшанская РБ»
23	ГБУЗ «Н-Ломовская МРБ»
24	ГБУЗ «Никольская РБ»
25	ГБУЗ «Сердобская МРБ им. А.И.Настина»
26	ГБУЗ «Сосновоборская УБ»
27	ГБУЗ «Тамалинская УБ»
28	ГБУЗ «Пензенская РБ»
29	ГБУЗ «Шемьшейская УБ»
30	ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи»
31	ГБУЗ «Самарский областной медицинский центр Династия» (г.Самара)
32	ГАУЗ «Республиканская клиническая офтальмологическая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан»
33	ГБУЗ «Самарская областная клиническая офтальмологическая больница имени Т.И. Ерошевского» - г. Самара
34	ФГБУЗ «МСЧ 59 ФМБА России»
35	ФКУЗ «МСЧ МВД России пот Пензенской области»

1	2
36	ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»
37	АО «ППО ЭВТ им. В.А. Ревунова»
38	ФГКУ «428 ВГ Минобороны России»-филиал № 3 ФГКУ «428 ВГ» Минобороны России
39	НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст.Пенза ОАО «РЖД»
40	ООО «ИНМЕД»
41	ООО «Медцентр-УЗИ»
42	ООО «МЕДЭКО» (г.Москва)
43	ООО «ЭКО центр» - г.Москва
44	ООО «Академия женского здоровья и репродукции человека (г.Н-Новгород)
45	ООО «Фрезениус нефрокеа» (г.Москва)
46	ООО «Здоровье»
47	ООО МЦ «Новая клиника»
48	ООО «Клиника диагностики и лечения на Измайлова»
49	ООО «ЭКО-Содействие»
50	ООО «Мать и дитя Рязань»
51	ООО «Микрохирургия глаза»

4.2. При оплате медицинской помощи, оказываемой *в условиях дневного стационара*, используются следующие *способы оплаты* медицинской помощи:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу (КСГ) заболеваний;
- за услугу (за проведение одной процедуры гемодиализа и за 1 день лечения (обмена) при проведении перитонеального диализа в условиях дневного стационара).
- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, при преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, при проведении диагностических исследований, при оказании услуг диализа.

4.3. В целях учета выполненных объемов *заместительной почечной терапии*, проводимой в условиях дневного стационара в рамках Территориальной программы ОМС, а также в связи с пожизненным характером проводимого лечения и постоянным количеством процедур в месяц у пациентов, за единицу объема медицинской помощи принимается один месяц лечения (законченный случай лечения) и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание.

Стоимость одного законченного случая лечения (одного месяца лечения) зависит от фактического количества выполненных услуг (процедур заместительной почечной терапии) в течение отчетного календарного месяца

Подлежат оплате случаи проведения заместительной почечной терапии методами гемодиализа интермиттирующего высокопоточного, перитонеального диализа и перитонеального диализа с использованием автоматизированных технологий, оказываемые медицинскими организациями, имеющими соответствующую лицензию, которым решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС распределены объемы медицинской помощи по проведению заместительной почечной терапии.

Учитывая постоянный характер проводимого лечения, осуществляется ведение одной истории болезни стационарного больного (в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 05.10.1988 № 750 приказ № 1030 от 04.10.1980 утратил силу, однако, в Письме Минздравсоцразвития РФ от 30.11.2009 №14-6/242888 сообщено, что до издания нового альбома

образцов учетных форм учреждения здравоохранения по рекомендации Минздрава России используют в своей работе для учета деятельности бланки, утвержденные Приказом № 1030) в течение календарного года (в том числе и в случае ведения электронной истории болезни), несмотря на количество законченных случаев лечения по данной нозологии у конкретного пациента (с момента начала проведения диализа в текущем году до 31 декабря текущего года).

Счет и реестр на оплату заполняется на основании «Карты динамического наблюдения диализного больного» ф. 003-1/у в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.08.2002 №254 «О совершенствовании организации оказания диализной помощи населению Российской Федерации».

При проведении медико-экономической экспертизы на предмет достоверности предъявленных к оплате счетов и реестров проведенных процедур заместительной почечной терапии методами гемодиализа, перитонеального диализа осуществляется проверка формы №003-1/у «Карта динамического наблюдения диализного больного», утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.08.2002 №254.

При отсутствии «Карты динамического наблюдения диализного больного» на пациента, за которого предъявлен к оплате счет и которому оказывается медицинская помощь в плановом порядке в условиях дневного стационара, услуга подлежит отклонению от оплаты в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи.

При необходимости, стоимость услуги диализа с учетом фактического выполненного количества услуг, является составным компонентом оплаты случая лечения в условиях дневного стационара, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

Например, при лечении заболевания, включенного в КСГ 43 «*Лекарственная терапия у больных, получающих диализ*» (включает в себя затраты на лекарственные препараты для лечения и профилактики осложнений диализа (эритропоэз стимулирующие препараты, препараты железа, фосфат связывающие вещества, кальцимитетики, препараты витамина Д и др.). к стоимости лечения по КСГ 43 прибавляется стоимость услуги диализа, с учетом количества фактически выполненных услуг, в рамках одного случая лечения.

4.4. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров на основе клинко-статистических групп (КСГ) следует соблюдать следующие правила.

Оплата лечения заболевания в условиях дневного стационара осуществляется за законченный случай лечения заболевания (случай госпитализации), включенного в соответствующую группу заболеваний (КСГ).

При изменении размера тарифов на медицинские услуги в период нахождения пациента в дневном стационаре оплата данного случая производится по тарифам, действующим на момент выписки больного из дневного стационара либо на момент перевода в дневной стационар по тарифу, установленному для соответствующей клинко-статистических группы (КСГ).

В качестве основных критериев группировки используются код диагноза в соответствии со справочником МКБ-10 и код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (услуги) в соответствии с Номенклатурой услуг.

В качестве дополнительных критериев при формировании КСГ для дневного стационара используются следующие признаки:

- сопутствующий диагноз;
- пол;
- длительность лечения;
- возраст.
- оценка состояния пациента (Шкале Реабилитационной Маршрутизации);
- схема лечения.

Отнесение случая лечения заболевания к той или иной группе КСГ осуществляется в соответствии с приложением №8 к настоящему Тарифному соглашению, сформированным в соответствии с требованиями Инструкции по группировке случаев, в том числе правил дополнительных классификационных критериев и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, направленной ФФОМС в Территориальные фонды ОМС исх. от 12.12.2017 №14531/26-2/и.

4.5. Особенности формирования отдельных клинико-статистических групп (КСГ).

Отнесение к 33 КСГ «Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов» осуществляется при условии комбинации двух классификационных критериев: терапевтического диагноза и услуги.

Если предусмотренные для отнесения к 33 КСГ услуги не оказывались, случай классифицируется по диагнозу в соответствии с кодом МКБ-10.

Отнесение случаев к группам, охватывающим случаи *лекарственного лечения злокачественных новообразований (КСГ 14-16 и 52-63)* у взрослых (кроме ЗНО кроветворной и лимфоидной ткани), осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» (C00-C80, C97) и кода схемы лекарственной терапии (sh001-sh264) (при этом за законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, указанному в приложении №8.1. к настоящему Тарифному соглашению).

Количество дней введения не равно числу введений, так как в один день больной может получать несколько лекарственных препаратов. Также количество дней введения не равно длительности госпитализации.

Отнесение случаев лекарственного лечения с применением схем, не включенных в приложение №8.1 к настоящему Тарифному соглашению в качестве классификационного критерия, производится по кодам sh901 или sh902 по следующему правилу (Таблица №34):

Таблица №34

sh901	Прочие схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях: C15, C16, C18, C19, C20, C22, C25, C32, C34, C43, C44, C48, C50, C53, C54, C56, C57, C61, C64, C67, C73
sh902	Прочие схемы лекарственной терапии при иных злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей): C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C11, C12, C13, C14, C17, C21, C23, C24, C26, C30, C31, C33, C37, C38, C39, C40, C41, C45, C46, C47, C49, C51, C52, C55, C58, C60, C62, C63, C65, C66, C68, C69, C70, C71, C72, C74, C75, C76, C77, C78, C79, C80, C97

Отнесение случаев к группам, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований (кроме ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей) у детей, и злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей у детей и взрослых производится на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С», кодов Номенклатуры и возраста - менее 18 лет или 18 лет и более.

Отнесение к КСГ 14-16 и 52-53 дневного стационара по профилям «Детская онкология» и «Онкология» дневного стационара производится по кодам Номенклатуры (Таблица №35):

Таблица №35

Код услуги	Наименование услуги
A25.30.014	Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у детей
A25.30.033	Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у взрослых

Отнесение к КСГ 63 дневного стационара «Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы» по профилю «Онкология» дневного стационара производится путем комбинации кодов С81-С96 и кодов Номенклатуры (Таблица №36):

Таблица №36

Код услуги	Наименование услуги
A25.30.033.001	Назначение биотерапии с применением моноклональных антител при онкологическом заболевании у взрослых
A25.30.033.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов протеинкиназы при злокачественном новообразовании у взрослых

Название услуги включает наименование группы лекарственного препарата согласно анатомо-терапевтическо-химической (АТХ) классификации. В медицинской организации при назначении конкретного лекарственного препарата определяется его принадлежность к АТХ-группе и выбирается соответствующая услуга для кодирования. Закодированная услуга в дальнейшем служит в комбинации с диагнозом критерием отнесения к КСГ 63 дневного стационара.

Например, применение препарата, который согласно АТХ-классификации относится к моноклональным антителам, кодируется услугой А25.30.033.001. Назначение биотерапии с применением моноклональных антител при онкологическом заболевании у взрослых.

Отнесение случаев проведения *лучевой терапии* к соответствующей группе КСГ (46-48) осуществляется на основании кодов лучевой терапии.

Отнесение к КСГ 51 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения» производится, если диагноз относится к классу С, при этом больному не оказывалось услуг, являющихся классификационным критерием (химиотерапии, лучевой терапии, хирургической операции).

Лекарственная терапия при хронических вирусных гепатитах в дневном стационаре (КСГ 22 Вирусный гепатит В хронический, лекарственная терапия, КСГ 23 Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3, КСГ 24 Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3 и КСГ 25 и 26 Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 1, 4) (уровень 1 и 2).

Отнесение к КСГ 22-26 производится по комбинации кода (двух кодов) МКБ-10 и кодов Номенклатуры.

Коды МКБ 10, используемые как классификационные критерии отнесения случаев к КСГ 22-26 (Таблица №37):

Таблица № 37

Код диагноза	Наименование диагноза	КСГ
	Основной диагноз	
V18.0	Хронический вирусный гепатит В с дельта-агентом	КСГ 22 Вирусный гепатит В хронический, лекарственная терапия
V18.1	Хронический вирусный гепатит В без дельта-агента	КСГ 22 Вирусный гепатит В хронический, лекарственная терапия
V18.2	Хронический вирусный гепатит С	КСГ 23 Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3, КСГ 24 Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3 КСГ 25 Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 1, 4 (уровень 1) КСГ 26 Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 1, 4 (уровень 2)
	Сопутствующий диагноз	
K74.3	Первичный билиарный цирроз	КСГ 24 Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3
K74.4	Вторичный билиарный цирроз	КСГ 24 Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3
K74.5	Билиарный цирроз неуточненный	КСГ 24 Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3
K74.6	Другой и неуточненный цирроз печени	КСГ 24 Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3

Коды Номенклатуры, использующиеся как классификационные критерии отнесения случаев к КСГ 22-26 (Таблица №38):

Таблица №38

Код услуги	Наименование услуги
A25.14.004.001	Назначение интерферонов при хроническом вирусном гепатите С, генотип 1
A25.14.004.002	Назначение ингибиторов протеаз при хроническом вирусном гепатите С, генотип 1
A25.14.004.003	Назначение прочих противовирусных препаратов при хроническом вирусном гепатите С, генотип 1
A25.14.005.001	Назначение интерферонов при хроническом вирусном гепатите С, генотип 2

A25.14.006.001	Назначение интерферонов при хроническом вирусном гепатите С, генотип 3
A25.14.007.001	Назначение интерферонов при хроническом вирусном гепатите С, генотип 4
A25.14.007.002	Назначение ингибиторов протеаз при хроническом вирусном гепатите С, генотип 4
A25.14.007.003	Назначение прочих противовирусных препаратов при хроническом вирусном гепатите С, генотип 4
A25.14.008.001	Назначение интерферонов при хроническом вирусном гепатите В
A25.14.008.002	Назначение нуклеозидов и нуклеотидов – ингибиторов обратной транскриптазы при хроническом вирусном гепатите В

Название услуги включает наименование группы лекарственного препарата согласно анатомо-терапевтической-химической (АТХ) классификации, диагноз (хронический гепатит В или С), для гепатита С - указание на генотип вируса. В медицинской организации при назначении конкретного лекарственного препарата определяется его принадлежность к АТХ-группе и выбирается соответствующая услуга для кодирования. Закодированная услуга в дальнейшем в комбинации с диагнозом служит критерием отнесения к КСГ 22 - 26 дневного стационара.

Например, применение препарата, который согласно АТХ-классификации относится к группе «Прочие противовирусные препараты», кодируется услугами А25.14.004.003 «Назначение прочих противовирусных препаратов при хроническом вирусном гепатите С, генотип 1» или А25.14.007.003 «Назначение прочих противовирусных препаратов при хроническом вирусном гепатите С, генотип 4».

При назначении комбинации из препаратов, который согласно АТХ-классификации относится к разным группам (например, «Интерфероны» и «Ингибиторы протеаз») отнесение производится к КСГ с большим коэффициентом затратоемкости (КСГ 26).

Коэффициент затратоемкости для КСГ 22-26 установлен **в расчете на усредненные затраты на 1 месяц терапии**. При этом длительность терапии определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи.

КСГ «Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина» (38 КСГ дневного стационара).

Отнесение к КСГ 38 производится по комбинации кода МКБ-10 (диагноза) и кодов Номенклатуры, обозначающих услуги по назначению лекарственных препаратов (таблица №39).

Таблица №39

Перечень диагнозов и услуг, являющихся классификационным критерием отнесения к КСГ 38 дневного стационара.

Код МКБ 10 /услуги	Диагноз/название услуги	КСГ дневного стационара
G20	Болезнь Паркинсона	38
G23.0	Болезнь Геллервордена-Шпатца	38
G24	Дистония	38
G24.0	Дистония, вызванная лекарственными средствами	38

Код МКБ 10 /услуги	Диагноз/название услуги	КСГ дневного стационара
G24.1	Идиопатическая семейная дистония	38
G24.2	Идиопатическая несемейная дистония	38
G24.3	Спастическая кривошея	38
G24.4	Идиопатическая рото-лицевая дистония	38
G24.5	Блефароспазм	38
G24.8	Прочие дистонии	38
G24.9	Дистония неуточненная	38
G35	Рассеянный склероз	38
G43	Мигрень	38
G43.0	Мигрень без ауры [простая мигрень]	38
G43.1	Мигрень с аурой [классическая мигрень]	38
G43.2	Мигренозный статус	38
G43.3	Осложненная мигрень	38
G43.8	Другая мигрень	38
G43.9	Мигрень неуточненная	38
G44	Другие синдромы головной боли	38
G44.0	Синдром "гистаминовой" головной боли	38
G44.1	Сосудистая головная боль, не классифицированная в других рубриках	38
G44.2	Головная боль напряженного типа	38
G44.3	Хроническая посттравматическая головная боль	38
G44.4	Головная боль, вызванная применением лекарственных средств, не классифицированная в других рубриках	38
G44.8	Другой уточненный синдром головной боли	38
G51.3	Клонический гемифациальный спазм	38
G80	Детский церебральный паралич	38
G80.0	Спастический церебральный паралич	38
G80.1	Спастическая диплегия	38
G80.2	Детская гемиплегия	38
G80.3	Дискинетический церебральный паралич	38
G80.4	Атактический церебральный паралич	38
G80.8	Другой вид детского церебрального паралича	38
G80.9	Детский церебральный паралич неуточненный	38
G81.1	Спастическая параплегия	38
G81.9	Гемиплегия неуточненная	38
G82.1	Спастическая параплегия	38
G82.4	Спастическая тетраплегия	38
G82.5	Тетраплегия неуточненная	38
A25.24.00 1.002	Назначение ботулинического токсина при заболеваниях периферической нервной системы	38

Отнесение к КСГ118 «Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина» производится по комбинации кода МКБ-10 и кодов Номенклатуры, обозначающих услуги по назначению лекарственных препаратов, в соответствии с таблицей №40.

Таблица №40

Перечень диагнозов и услуг, являющихся классификационным критерием отнесения к КСГ 118 дневного стационара.

Код МКБ 10	Диагноз	Код услуги	Название услуги
G70.2	Врожденная или приобретенная миастения	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G61.8	Другие воспалительные полиневропатии	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G70.0	Myastenia gravis	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G36.9	Острая диссеминированная демиелинизация неуточненная	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G36.1	Острый и подострый геморрагический лейкоэнцефалит [болезнь харста]	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G35	Рассеянный склероз	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G36.8	Другая уточненная форма острой диссеминированной демиелинизации	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G58.7	Множественный мононеврит	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G61.0	Синдром гийена-барре	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G36.0	Оптиконевромиелит [болезнь девика]	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G37.3	Острый поперечный миелит при демиелинизирующей болезни центральной нервной системы	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
G37.5	Концентрический склероз [бало]	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга

Код МКБ 10	Диагноз	Код услуги	Название услуги
G37.1	Центральная демиелинизация мозолистого тела	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
G37.9	Демиелинизирующая болезнь центральной нервной системы неуточненная	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
G37.2	Центральный pontийный миелиноз	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
G37.4	Подострый некротизирующий миелит	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
G51.0	Паралич Белла	A25.24.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях периферической нервной системы
G37.0	Диффузный склероз	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
G37.8	Другие уточненные демиелинизирующие болезни центральной нервной системы	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
G37	Другие демиелинизирующие болезни центральной нервной системы	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
G11.3	Мозжечковая атаксия с нарушением репарации ДНК	A25.23.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
D69.3	Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура	A25.05.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы иммуноглобулинов при заболеваниях системы органов кроветворения и крови

Отнесение к КСГ 121 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов» производится по комбинации кода МКБ-10 (диагноза) и кодов Номенклатуры, обозначающих услуги по назначению лекарственных препаратов (таблица №41).

Таблица №41

Диагнозы и услуги, являющиеся классификационным критерием отнесения КСГ 121 дневного стационара «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов»

Код МКБ-10	Диагноз	Код услуги	Название услуги*)
I70.2	Атеросклероз артерий конечностей	A25.12.001.001	Назначение дезоксирибонуклеиновой кислоты плазмидной (сверхскрученной кольцевой двуцепочной) при заболеваниях периферических артерий
I70.8	Атеросклероз других артерий	A25.12.001.001	Назначение дезоксирибонуклеиновой кислоты плазмидной (сверхскрученной кольцевой двуцепочной) при заболеваниях периферических артерий
J45.0	Астма с преобладанием аллергического компонента	A25.09.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы прочих препаратов для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей для системного применения
K50.0	Болезнь Крона тонкой кишки	A25.17.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях тонкой кишки
K50.0	Болезнь Крона тонкой кишки	A25.17.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях тонкой кишки
K50.1	Болезнь Крона толстой кишки	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K50.1	Болезнь Крона толстой кишки	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K50.8	Другие разновидности болезни Крона	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K50.8	Другие разновидности болезни Крона	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K50.9	Болезнь Крона неуточненная	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K50.9	Болезнь Крона неуточненная	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K51	Язвенный колит	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K51	Язвенный колит	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K51.0	Язвенный (хронический) энтероколит	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K51.0	Язвенный (хронический) энтероколит	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K51.1	Язвенный (хронический) илеоколит	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки

Код МКБ-10	Диагноз	Код услуги	Название услуги*)
K51.1	Язвенный (хронический) илеоколит	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K51.2	Язвенный (хронический) проктит	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K51.2	Язвенный (хронический) проктит	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K51.3	Язвенный (хронический) ректосигмоидит	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K51.3	Язвенный (хронический) ректосигмоидит	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K51.4	Псевдополипоз ободочной кишки	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K51.4	Псевдополипоз ободочной кишки	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K51.5	Мукозный проктоколит	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K51.5	Мукозный проктоколит	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K51.8	Другие язвенные колиты	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K51.8	Другие язвенные колиты	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
K51.9	Язвенный колит неуточненный	A25.18.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки
K51.9	Язвенный колит неуточненный	A25.18.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки
L40.0	Псориаз обыкновенный	A25.01.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при заболеваниях кожи
L40.0	Псориаз обыкновенный	A25.01.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях кожи
L40.1	Генерализованный пустулезный псориаз	A25.01.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях кожи
L40.1	Генерализованный пустулезный псориаз	A25.01.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при заболеваниях кожи
L50.1	Идиопатическая крапивница	A25.09.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы прочих препаратов для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей для системного применения

Код МКБ-10	Диагноз	Код услуги	Название услуги*)
M05.0	Синдром Фелти	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M05.0	Синдром Фелти	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M05.0	Синдром Фелти	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M05.1	Ревматоидная болезнь легкого (j99.0)	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M05.1	Ревматоидная болезнь легкого (j99.0)	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M05.1	Ревматоидная болезнь легкого (j99.0)	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M05.2	Ревматоидный васкулит	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M05.2	Ревматоидный васкулит	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M05.2	Ревматоидный васкулит	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M05.3	Ревматоидный артрит с вовлечением др. органов и систем	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M05.3	Ревматоидный артрит с вовлечением др. органов и систем	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M05.3	Ревматоидный артрит с вовлечением др. органов и систем	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M05.3	Ревматоидный артрит с вовлечением др. органов и систем	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M05.8	Другие серопозитивные ревматоидные артриты	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M05.8	Другие серопозитивные ревматоидные артриты	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M05.8	Другие серопозитивные ревматоидные артриты	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M05.9	Серопозитивный ревматоидный артрит неуточненный	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях

Код МКБ-10	Диагноз	Код услуги	Название услуги*)
M05.9	Серопозитивный ревматоидный артрит неуточненный	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M05.9	Серопозитивный ревматоидный артрит неуточненный	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M06.0	Серонегативный ревматоидный артрит	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M06.0	Серонегативный ревматоидный артрит	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M06.0	Серонегативный ревматоидный артрит	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M06.1	Болезнь Стилла, развившаяся у взрослых	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M06.1	Болезнь Стилла, развившаяся у взрослых	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M06.1	Болезнь Стилла, развившаяся у взрослых	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M06.9	Ревматоидный артрит неуточненный	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M07.0	Дистальная межфаланговая псориатическая артропатия (140.5+)	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M07.0	Дистальная межфаланговая псориатическая артропатия (140.5+)	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M07.0	Дистальная межфаланговая псориатическая артропатия (140.5+)	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M07.1	Мутилирующий артрит (140.5+)	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M07.1	Мутилирующий артрит (140.5+)	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M07.1	Мутилирующий артрит (140.5+)	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M07.2	Псориатический спондилит (140.5+)	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M07.2	Псориатический спондилит (140.5+)	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях

Код МКБ-10	Диагноз	Код услуги	Название услуги*)
M07.2	Псориатический спондилит (I40.5+)	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M07.3	Др. псориатические артропатии (I40.5+)	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M07.3	Др. псориатические артропатии (I40.5+)	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M07.3	Др. псориатические артропатии (I40.5+)	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M08.0	Юношеский ревматоидный артрит	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M08.0	Юношеский ревматоидный артрит	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M08.0	Юношеский ревматоидный артрит	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M08.1	Юношеский анкилозирующий спондилит	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M08.1	Юношеский анкилозирующий спондилит	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M08.1	Юношеский анкилозирующий спондилит	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M08.2	Юношеский артрит с системным началом	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M08.2	Юношеский артрит с системным началом	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M08.2	Юношеский артрит с системным началом	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M08.3	Юношеский полиартрит (серонегативный)	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M08.3	Юношеский полиартрит (серонегативный)	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M08.3	Юношеский полиартрит (серонегативный)	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M30.0	Узелковый полиартериит	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани

Код МКБ-10	Диагноз	Код услуги	Название услуги*)
M30.1	Полиартериит с поражением легких [черджа-стресса]	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M30.2	Ювенильный полиартериит	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M30.2	Ювенильный полиартериит	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M30.2	Ювенильный полиартериит	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M30.2	Ювенильный полиартериит	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M30.3	Слизисто-кожный лимфодулярный синдром [кавасаки]	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M30.8	Другие состояния, связанные с узелковым полиартериитом	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M31.0	Гиперчувствительный ангиит	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M31.1	Тромботическая микроангиопатия	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M31.2	Смертельная срединная гранулема	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M31.3	Гранулематоз вегенера	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M31.4	Синдром дуги аорты [такаясу]	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M31.5	Гигантоклеточный артериит с ревматической полимиалгией	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M31.6	Другие гигантоклеточные артерииты	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M31.7	Микроскопический полиангиит	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M31.8	Другие уточненные некротизирующие васкулопатии	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M31.9	Некротизирующая васкулопатия неуточненная	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани

Код МКБ-10	Диагноз	Код услуги	Название услуги*)
M33.0	Юношеский дерматомиозит	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M33.0	Юношеский дерматомиозит	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M33.0	Юношеский дерматомиозит	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
M35.0	Сухой синдром [Шегнера]	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M35.1	Другие перекрестные синдромы	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M35.2	Болезнь бехчета	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M35.3	Ревматическая полимиалгия	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M35.4	Диффузный (эозинофильный) фасциит	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M35.5	Многоочаговый фибросклероз	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M35.6	Рецидивирующий панникулит вебера-крисчена	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M35.7	Гипермобильный синдром разболтанности, излишней подвижности	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M35.8	Другие уточненные системные поражения соединительной ткани	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M35.9	Системные поражения соединительной ткани неуточненные	A25.04.001.007	Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани
M45	Анкилозирующий спондилит	A25.04.001.005	Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях
M45	Анкилозирующий спондилит	A25.04.001.002	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях
M45	Анкилозирующий спондилит	A25.04.001.001	Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях
P07.0	Крайне малая масса тела при рождении	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)

Код МКБ-10	Диагноз	Код услуги	Название услуги*)
P07.1	Другие случаи малой массы тела при рождении	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
P07.2	Крайняя незрелость	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
P07.3	Другие случаи недоношенности	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
P27.1	Бронхолегочная дисплазия, возникшая в перинатальном периоде	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q20.0	Общий артериальный ствол	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q20.1	Удвоение выходного отверстия правого желудочка	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q20.2	Удвоение выходного отверстия левого желудочка	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q20.3	Дискордантное желудочково-артериальное соединение	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q20.4	Удвоение входного отверстия желудочка	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q20.5	Дискордантное предсердно-желудочковое соединение	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q20.6	Изомерия ушка предсердия	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q20.8	Другие врожденные аномалии сердечных камер и соединений	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q20.9	Врожденная аномалия сердечных камер и соединений неуточненная	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q21.0	Дефект межжелудочковой перегородки	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)

Код МКБ-10	Диагноз	Код услуги	Название услуги*)
Q21.1	Дефект предсердной перегородки	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q21.2	Дефект предсердно-желудочковой перегородки	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q21.3	Тетрада фалло	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q21.4	Дефект перегородки между аортой и легочной артерией	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q21.8	Другие врожденные аномалии сердечной перегородки	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q21.9	Врожденная аномалия сердечной перегородки неуточненная	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q22.0	Атрезия клапана легочной артерии	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q22.1	Врожденный стеноз клапана легочной артерии	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q22.2	Врожденная недостаточность клапана легочной артерии	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q22.3	Другие врожденные пороки клапана легочной артерии	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q22.4	Врожденный стеноз трехстворчатого клапана	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q22.5	Аномалия Эбштейна	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q22.6	Синдром правосторонней гипоплазии сердца	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q22.8	Другие врожденные аномалии трехстворчатого клапана	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)

Код МКБ-10	Диагноз	Код услуги	Название услуги*)
Q22.9	Врожденная аномалия трехстворчатого клапана неуточненная	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q23.0	Врожденный стеноз аортального клапана	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q23.1	Врожденная недостаточность аортального клапана	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q23.2	Врожденный митральный стеноз	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q23.3	Врожденная митральная недостаточность	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q23.4	Синдром левосторонней гипоплазии сердца	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q23.8	Другие врожденные аномалии аортального и митрального клапанов	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q23.9	Врожденная аномалия аортального и митрального клапанов неуточненная	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q24	Другие врожденные аномалии [пороки развития] сердца	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q24.0	Декстрокардия	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q24.1	Левикардия	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q24.2	Трехпредсердное сердце	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q24.3	Воронкообразный стеноз клапана легочной артерии	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)
Q24.4	Врожденный субаортальный стеноз	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)

Код МКБ-10	Диагноз	Код услуги	Название услуги*)
Q24.5	Аномалия развития коронарных сосудов	A25.30.035 **)	Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)

*) Название услуги включает наименование группы лекарственного препарата согласно АТХ-классификации и диагноз. В медицинской организации при назначении конкретного лекарственного препарата определяется его принадлежность к АТХ-группе и выбирается соответствующая услуга для кодирования. Закодированная услуга в дальнейшем в комбинации с диагнозом служит критерием отнесения к КСГ 121 дневного стационара.

**) При комбинации кода МКБ-10 (диагноза) и кода Номенклатуры А25.30.035 «Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)» дополнительным классификационным критерием является возраст: до двух лет.

При этом количество случаев госпитализации одного пациента по КСГ 121 дневного стационара определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по соответствующей нозологии.

4.6. Оплата случаев лечения в условиях дневного стационара по профилю «*Медицинская реабилитация*».

Оплата случаев лечения в условиях дневного стационара по профилю «Медицинская реабилитация» осуществляется по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением за законченный случай лечения по соответствующей группе КСГ (123 – 128 КСГ).

Критерий определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ) (Таблица №42).

Состояние пациента по ШРМ оценивается при поступлении в дневной стационар. В случае, если состояние пациента может быть описано набором утверждений, относящихся к разным статусам по ШРМ, выставляется оценка, соответствующая описанию, для которого выполняется большинство критериев.

При оценке по Шкале Реабилитационной Маршрутизации 2-3 балла пациент получает реабилитационную помощь в условиях дневного стационара:

Код	Расшифровка дополнительного классификационного критерия
rb2	2 балла по шкале реабилитационной маршрутизации
rb3	3 балла по шкале реабилитационной маршрутизации

Таблица № 42

Градация оценки ШРМ	Описание статуса		
	При заболеваниях и (или) состояниях центральной нервной системы	При заболеваниях и (или) состояниях периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата	При соматических (кардиологических) заболеваниях и (или) состояниях
2	Легкое ограничение жизнедеятельности		
	<ul style="list-style-type: none"> • Не может выполнять ту активность, которая была до заболевания (вождение автомобиля, чтение, письмо, танцы, работа и др.), но может справляться со своими делами без посторонней помощи • Может самостоятельно за собой ухаживать (сам одевает- 	<ul style="list-style-type: none"> • Не способен выполнять ту активность, которая была до заболевания (вождение автомобиля, чтение, письмо, танцы, работа и др.), но может справляться со своими делами без посторонней помощи • Может самостоятельно за собой ухаживать (сам одевает- 	<ul style="list-style-type: none"> • Может справляться со своими делами без посторонней помощи • Обычная физическая нагрузка не вызывает выраженного утомления, слабости, одышки или сердцебиения. Стенокардия развивается при значительном, ускоренном или особо длительном напряжении (усилии). Тест ше-

	<p>ся и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не нуждается в наблюдении • Может проживать один дома от недели и более без помощи 	<p>ся и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается)</p>	<p>стиминутной ходьбы (ТШМ) >425 м. Тесты с физической нагрузкой (ВЭМ/ спироэргометрия) $\geq 125 \text{ Вт} / \geq 7 \text{ МЕ}$</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может самостоятельно за собой ухаживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается) • Не нуждается в наблюдении • Может проживать один дома от недели и более без помощи
3	<p>Ограничение жизнедеятельности, умеренное по своей выраженности</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> • Может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи • Самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности • Нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками и другие • Нуждается в помощниках при ведении финансовых дел • Может проживать один дома без помощи от 1 суток до 1 недели 	<ul style="list-style-type: none"> • Может передвигаться самостоятельно или с помощью трости • Незначительное ограничение возможностей самообслуживания. Самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности • Нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками и другие • Умеренно выраженный болевой синдром во время ходьбы, незначительно выраженный болевой синдром в покое (1-3 балла по ВАШ) 	<ul style="list-style-type: none"> • Может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи • В покое какие-либо патологические симптомы отсутствуют. Обычная физическая нагрузка вызывает слабость, утомляемость, сердцебиение, одышку. Стенокардия развивается при ходьбе на расстояние > 500 м по ровной местности, при подъеме на > 1 пролет обычных ступенек, в нормальном темпе, при обычных условиях. Тест шестиминутной ходьбы (ТШМ) = 301-425 м. Тесты с физической нагрузкой (ВЭМ/ спироэргометрия) = 75-100 Вт /4-6,9 МЕ • Самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности • Нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками • Может проживать один дома без помощи от 1 суток до 1 недели

Подлежат оплате случаи лечения заболеваний, включенные в КСГ 123-128, медицинским организациям, имеющим лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», которым распределены решением Комиссии по разработке ТПОМС объемы по профилю «Медицинская реабилитация».

4.7. За единицу медицинской помощи при проведении *экстракорпорального оплодотворения* принимается случай лечения при применении метода вспомогательной репродуктивной технологии для лечения бесплодия в соответствии со Стандартом медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, утвержденным приказом Минздрава России от 30 октября 2012 года №556 (зарегистрирован в Минюсте России 21 марта 2013 года №27823) – далее Стандарт. Использование донорских ооцитов, донорской спермы, донорских эмбрионов, суррогатное материнство, хранение своих половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов производится дополнительно за

счет личных средств и иных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

В соответствии со статьей 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» направление пациентов, нуждающихся в проведении процедуры экстракорпорального оплодотворения (далее — пациент, ЭКО), осуществляется лечащим врачом.

К направлению на лечение прикрепляются медицинские документы, содержащие диагноз заболевания, код диагноза по МКБ-Х, результаты обследования, подтверждающие диагноз и показания для применения ЭКО и исключающие наличие противопоказаний и ограничений, а также данные лабораторных и клинических обследований, предусмотренного приказом Минздрава России от 30 августа 2012 г. № 107 н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» (зарегистрирован в Минюсте России 12 февраля 2013 года № 27010).

Указанные документы представляются в Комиссию по отбору пациентов для проведения процедуры ЭКО (далее - Комиссия по отбору пациентов), созданную Министерством здравоохранения Пензенской области.

Основными задачами Комиссии по отбору пациентов является формирование и упорядочивание потока пациентов путем составления листов ожидания и осуществление контроля за соблюдением очередности при оказании медицинской помощи при лечении бесплодия с помощью ЭКО.

При направлении пациента для проведения процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС, Комиссией по отбору пациентов выдается направление на проведение процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС по установленной форме и с соблюдением условия не допущения проведения более 2-х попыток процедур ЭКО в год, сопровождающихся стимуляцией суперовуляции.

Комиссия по отбору пациентов ежемесячно в течение первых 2-х рабочих дней месяца следующего за отчетным представляет территориальному фонду ОМС информацию о перечне пациентов, получивших направление для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения в рамках базовой программы ОМС (в том числе повторно получивших направление), в электронном виде с использованием средств криптографической защиты информации и электронной подписи с соблюдением требований законодательства Российской Федерации по защите персональных данных (VipNet сеть 607), в которой содержатся следующие сведения:

- 1) фамилия, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица;
- 2) номер страхового медицинского полиса;
- 3) дата рождения;
- 4) наименование документа, удостоверяющего личность;
- 5) серия и номер документа, удостоверяющего личность.

Территориальный фонд ОМС в течение 3-х рабочих дней с даты получения сведений от Комиссии по отбору пациентов передает их в электронном виде с использованием средств криптографической защиты информации и электронной подписи с соблюдением требований законодательства Российской Федерации по защите персональных данных (VipNet сеть 607) страховым медицинским организациям для использования в работе при проведении медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

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

1. Стимуляция суперовуляции;
2. Получение яйцеклетки;

3. Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;
4. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

Дополнительно в процессе проведения процедуры ЭКО возможно осуществление криоконсервации, полученных на III этапе, эмбрионов.

При этом хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

Оплата за цикл экстракорпорального оплодотворения производится при условии наличия направления на проведение процедуры ЭКО в рамках Базовой программы ОМС от Комиссии по отбору пациентов.

В случае проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов, а также проведения первых трех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов, оплата случая осуществляется по тарифу, установленному для 5-ой клинико-статистической группы «Экстракорпоральное оплодотворение» в приложении №10 к настоящему Тарифному соглашению, без применения коэффициента сложности лечения пациента.

Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов, установлены поправочные коэффициенты (КСЛП) к случаям проведения экстракорпорального оплодотворения.

В случае если базовая программа ЭКО была завершена по итогам I этапа (стимуляция суперовуляции), к тарифу, установленному для 5-ой клинико-статистической группы в приложении №10 к настоящему Тарифному соглашению, применяется коэффициент сложности лечения пациента в размере 0,6.

В случае проведения в рамках одного случая всех этапов ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов, к тарифу, установленному для 5-ой клинико-статистической группы в приложении №10 к настоящему Тарифному соглашению, применяется повышающий коэффициент сложности лечения пациента в размере 1,1.

В случае проведения в рамках одного случая I –III этапов (ЭКО стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов, оплата осуществляется по полному тарифу, установленному для КСГ 5 в настоящем Тарифном соглашении.

В случае, если женщина повторно проходит процедуру ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов, случай госпитализации оплачивается по тарифу, установленному для 5-ой клинико-статистической группы в приложении №10 к настоящему Тарифному соглашению, с применением коэффициента сложности лечения пациента в размере 0,19.

Установление коэффициентов сложности лечения пациента к иным сочетаниям этапов, не предусмотрено и их оплата не допускается.

Тарифы на проведение I и II этапов, а также I, II и III этапов без последующей криоконсервации эмбрионов не предусмотрены, так как проведение этапов в указанных сочетаниях в подавляющем большинстве случаев свидетельствует о некачественном проведении программы ЭКО. В связи с этим, если выполнены I и II этапы или I, II и III этапы без последующей криоконсервации эмбрионов, оплата случая осуществляется по тарифу, установленному в приложении №10 к настоящему Тарифному соглашению для 5-ой клинико-статистической группы, с применением КСЛП для I этапа ЭКО (0,6).

Учет проведенных этапов экстракорпорального оплодотворения должен осуществляться аналогично установленным коэффициентам сложности лечения пациента (КСЛП). В реестрах на оплату медицинской помощи для данных случаев необходимо отражать дополнительный критерий, на основании которого определяется необходимый коэффициент КСЛП и

рассчитывается стоимость случая по клинико-статистической группе №5 с учетом коэффициента сложности лечения пациента.

Критерием эффективности лечения бесплодия с использованием ЭКО является доля женщин вставших на учет по беременности из числа пролеченных с помощью ЭКО, у которых беременность подтверждена с помощью ультразвукового исследования при взятии на учет.

4.8. Порядок оплаты прерванных случаев лечения, в том числе при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями.

4.8.1. Порядок оплаты *прерванных случаев лечения*.

4.8.1. Порядок оплаты *прерванных случаев лечения*.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи:

- перевода пациента в другую медицинскую организацию;
- преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения;
- летального исхода;
- госпитализации при проведении диагностических исследований;
- госпитализации при проведении диализа;
- при которых длительность госпитализации составляет менее 3-х дней включительно, за исключением случаев, включенных в приложение №9 к настоящему Тарифному соглашению.

4.8.1.1. В случае если длительность лечения составила 3 дня и менее и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной настоящим тарифным соглашением для соответствующей КСГ, за исключением случаев, указанных в приложении №9 к настоящему Тарифному соглашению, оплата которых не зависимо от длительности лечения осуществляется по полному тарифу за законченный случай лечения.

Если хирургическое лечение либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 33% от установленной стоимости тарифа за законченный случай лечения по соответствующей клинико-статистической группе (КСГ), за исключением случаев, указанных в приложении №9 к настоящему Тарифному соглашению, при которых длительность госпитализации составляет 3 дня и менее и оплата которых не зависимо от длительности лечения осуществляется по полному тарифу за законченный случай лечения.

4.8.1.2. В случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе) составила более 3-х дней и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 100% от стоимости, определенной настоящим тарифным соглашением для данной КСГ, оплата которых не зависимо от длительности лечения осуществляется по полному тарифу за законченный случай лечения.

Если хирургическое лечение либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 50% от стоимости, определенной настоящим тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10), за исключение случаев, указанных в приложении №9 к настоящему Тарифному соглашению, оплата при которых не зависи-

мо от длительности лечения осуществляется по полному тарифу за законченный случай лечения.

4.8.2. Порядок оплаты *при переводах пациентов* из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями.

Лечение в каждом конкретном профильном отделении дневного стационара составляет отдельную запись в реестре счетов с указанием количества фактически проведенных пациентом пациенто-дней.

При переводе в пределах одной медицинской организации из дневного стационара в круглосуточный, если заболевание относится к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения в условиях круглосуточного стационара по соответствующей КСГ.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной стационар), а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100% -ой оплате в рамках соответствующих КСГ.

5. Сведения о применении способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

5.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) участвующих в реализации ТПОМС на 2018 год, оказывающих медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи в разрезе групп медицинских организаций, в соответствии с пунктами 3 и 4 Требований (Таблица №43).

Таблица №43

№ п/п	Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, по группам медицинских организаций
1	2
	1 группа
1	ФГБУЗ «МСЧ 59 ФМБА»
2	ГБУЗ «Пензенская областная станция скорой медицинской помощи»

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации лицам, застрахованным на территории Пензенской области, осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи в случае проведения тромболизиса.

Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определяется ежемесячно страховой медицинской организацией исходя из значения дифференцированного подушевого норматива, установленного для соответствующей группы медицинских организаций, численности обслуживаемого населения, а также объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов по следующей формуле:

$$\Phi O_{\text{СМП}}^i = \Phi ДП_{\text{Н}}^i * Ч_{\text{В}}^{\text{ПФ}} + \text{ОС}_{\text{В}}, \text{ где:}$$

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

$\Phi ДП_{\text{н}}^i$ – фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i -той группы медицинских организаций, установленный в приложении №27 к настоящему Тарифному соглашению, рублей;

$\text{Ч}_{\text{з}}^{\text{ПФ}}$ – численность застрахованных лиц, обслуживаемых медицинской организацией, человек;

$\text{ОС}_{\text{в}}$ – объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации лицам, застрахованным на территории Пензенской области за вызов скорой медицинской помощи, в случае проведения тромболизиса, который определяется посредством умножения фактического количества вызовов скорой медицинской помощи с проведением тромболизиса в отчетном календарном месяце на тариф за вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболизиса, установленный в приложении №28 к настоящему Тарифному соглашению.

5.2. Порядок определения численности обслуживаемого населения (прикрепившихся к медицинской организации застрахованных по ОМС лиц) при оплате скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования.

Численность обслуживаемого населения (прикрепившихся к медицинской организации застрахованных по ОМС лиц) определяется на основании акта сверки численности по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС на 1 число месяца, в котором осуществляется расчет.

При этом:

- прикрепившимися к ФГБУЗ «МСЧ 59 ФМБА», оказывающему скорую медицинскую помощь, являются застрахованные по ОМС лица, прикрепившиеся к ФГБУЗ «МСЧ 59 ФМБА» для получения первичной врачебной медико-санитарной помощи;

- прикрепившимися к ГБУЗ «Пензенская областная станция скорой медицинской помощи» являются все застрахованные по ОМС лица, прикрепившиеся к государственным бюджетным учреждениям здравоохранения и негосударственным медицинским организациям, расположенным на территории г. Пензы (ГБУЗ «Городская поликлиника», ГБУЗ «Городская детская поликлиника», НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Пенза» ОАО «РЖД», ФГБУ ВО «Пензенский государственный университет»), а так же прикрепившиеся к ГБУЗ «Бессоновская РБ», ГБУЗ «Пензенская РБ», ГБУЗ «Мокшанская РБ», ГБУЗ «Городищенская РБ», ГБУЗ «Иссинская УБ», ГБУЗ «Лопатинская УБ», ГБУЗ «Лунинская РБ», ГБУЗ «Никольская РБ», ГБУЗ «Шемышейская УБ», ГБУЗ «Земетчинская РБ», ГБУЗ «Колышлейская РБ», ГБУЗ «Нижнеломовская МРБ», ГБУЗ «Сердобская МРБ им. А.И. Настина», ГБУЗ «Кузнецкая МРБ», ГБУЗ «Кузнецкая межрайонная детская больница», ФКУ «Войсковая часть 45108», ГБУЗ «Сосновоборская УБ», ГБУЗ «Каменская МРБ», ГБУЗ «Белинская РБ», ГБУЗ «Башмаковская РБ», ГБУЗ «Тамалинская УБ» для получения первичной врачебной медико-санитарной помощи.

5.3. Порядок оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации лицам, застрахованным за пределами Пензенской области, в рамках межтерриториальных расчетов.

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Пензенской области, осуществляется за вызов скорой медицинской помощи:

- по тарифам, установленным в приложении №28 к настоящему Тарифному соглашению, за вызов скорой медицинской помощи (без проведения тромболитика);

- по тарифам, установленным в приложении №28 к настоящему Тарифному соглашению, за вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболитика.

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи.

Структура тарифов на оплату медицинской помощи установлена в соответствии с требованиями ч.7 ст. 35 Федеральных законов от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с последующими изменениями) и включает следующие расходы: *на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования, организации питания (при отсутствии организованного питания медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.*

Размер тарифов на оплату медицинской помощи определены на основании методики расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 марта 2011 года, регистрационный N 19998) (с последующими изменениями), «Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», одобренных решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (протокол заседания от 14.11.2017 №66/11/19) и направленных совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.11.2017 №11-7/10/2-8080 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2017 №13572/26-2/и, разъяснений Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.12.2017 № 11-7/10/2-8616 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 и на плановый период 2019 и 2020 годов», Приказа Федерального фонда ОМС от 18.11.2014 №200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (с последующими изменениями), Номенклатуры медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 октября 2017 года №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (Зарегистрировано в Минюсте России 07.11.2017 №48808).

1. Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

1.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Пензенской области составляет 3 888,39 руб., в расчете на одно застрахованное лицо, определяется в соответствии с подпунктом 1 пункта 12.3 Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденных Приказом Федерального фонда ОМС от 18.11.2014 №200 (с последующими изменениями) (далее - Требования), на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2018 год, по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{AMB} = \frac{(Ho_{ПРОФ} * Нфз_{ПРОФ} + Ho_{ОЗ} * Нфз_{ОЗ} + Ho_{НЕОТЛ} * Нфз_{НЕОТЛ}) * Ч_3 - OC_{МТР}}{Ч_3}, \text{ где:}$$

ΦO_{CP}^{AMB} - средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Пензенской области, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$Ho_{ПРОФ}$ - норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, 2,35 посещений;

$Ho_{ОЗ}$ - 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, 1,98 обращений;

$Ho_{НЕОТЛ}$ - 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, 0,56 посещений;

$Нфз_{ПРОФ}$ - норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, 455,22 рублей;

$Нфз_{ОЗ}$ - 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, 1 275,31 рублей;

$Nфз_{НЕОТЛ}$ - 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, 582,78 рублей;

$OC_{МТР}$ - размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, 43 343 139,61 рублей;

$Ч_3$ - численность застрахованного населения на территории Пензенской области по состоянию на 01.04.2017, 1 319 490 человека.

1.2. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), мероприятий по диспансеризации и профилактическими осмотрами отдельных категорий граждан, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов.

Исходя из среднего размера финансового обеспечения медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС на территории Пензенской области, в расчете на одно застрахованное лицо в год определяется средняя стоимость одного посещения с профилактической и иными целями и по поводу заболевания ($Tn_{БАЗ}^{CP}$) по следующей формуле:

$$Tn_{БАЗ}^{CP} = \frac{\Phi O_{CP}^{AMB} * Ч_3 - OC_{EO}}{(HO_{OЗ} * 2,9 + HO_{ПРОФ}) * Ч_3 - HO_{МТР} - HO_{ЕС}}, \text{ где:}$$

ΦO_{CP}^{AMB} - средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации ТПОМС на территории Пензенской области в расчете на одно застрахованное лицо в год, 3 888,39 руб.;

$Ч_3$ - численность застрахованного населения на территории Пензенской области по состоянию на 01.04.2017, 1 319 490 человек;

OC_{EO} - размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи (диагностическую услугу, законченный случай диспансеризации или профилактического осмотра, посещение в неотложной форме, обращение по поводу заболевания, профилактическое посещение), включающий расходы на проведение диагностических исследований (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, коронарография), на проведение всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, расходы на проведение комплексного обследования в Центрах здоровья, расходы на оказание простых медицинских услуг в амбулаторных условиях (амбу-

латорная хирургия), расходы на проведение заместительной почечной терапии в амбулаторных условиях, расходы на оказание медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях, рублей (определяется как произведение установленных тарифов на количество соответствующих услуг, распределенных между медицинскими организациями решением Комиссии);

2,9 – среднее число посещений по поводу заболеваний в одном обращении по всем врачебным специальностям, установленное в соответствии с приложением №7 информационного письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.12.2017 №11-7/10/2-8616 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов»;

HO_{O3} - средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой обязательного медицинского страхования, 1,98 обращений;

$HO_{ПРОФ}$ - средний норматив объема, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установленный территориальной программой обязательного медицинского страхования, 2,35 посещений;

$HO_{МТР}$ - объемы медицинской помощи, предоставляемой лицам, застрахованным на территории Пензенской области, в медицинских организациях, расположенных на территории других субъектов в рамках межтерриториальных расчетов, установленные решением Комиссии, в количестве посещений, в том числе посещений с профилактической и иными целями и посещений при обращении в связи с заболеваниями;

$HO_{ЕО}$ - объемы медицинской помощи с профилактической целью и по поводу заболевания, оплачиваемые по отдельно установленным тарифам, распределенные между медицинскими организациями решением Комиссии, в посещениях, включающие диагностические исследования, мероприятия по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан (первые этапы), комплексные обследования в Центрах здоровья, простые медицинские услуги, проводимые в амбулаторных условиях (амбулаторная хирургия), услуги диализа, проводимые в амбулаторных условиях).

С целью приведения в соответствие объема средств, рассчитанного на оказание медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях с профилактической и иными целями и по поводу заболевания по врачебным специальностям, к общему объему средств, предусмотренному на данные цели, рассчитывается средний поправочный коэффициент ($ПК_{ПРОФОЗ}$) по следующей формуле:

$$ПК_{ПРОФОЗ} = \frac{\sum_i (K_{СП}^i * O_n^i)}{O_{ПРОФ}^П + O_3^П}, \text{ где:}$$

$ПК_{ПРОФОЗ}$ - средний поправочный коэффициент, применяемый к базовой ставке одного посещения с профилактической целью и по поводу заболевания;

$K_{СП}^i$ - относительный коэффициент стоимости посещения по i -ой врачебной специальности, установленный в приложении №2 к настоящему Тарифному соглашению;

O_n^i - объем посещений по i -ой специальности (включающей объем посещений с профилактической целью и объем посещений по поводу заболеваний) по всем медицинским организациям, не имеющим прикрепившихся лиц к медицинским организациям, которым распределены решением Комиссии объемы амбулаторной помощи с профилактической и иными целями и по поводу заболевания, а так же объемы повторных посещений в центры здоровья, объемы посещений при проведении второго этапа диспансеризации взрослого населения и объемы с профилактической целью и по поводу заболевания по специальности «стоматология», распределенные решением Комиссии по разработке ТПОМС всем медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

$O_{ПРОФ}^I$ - общий объем посещений с профилактическими и иными целями, распределенный решением Комиссии медицинским организациям, не имеющим прикрепившихся лиц к медицинским организациям, а так же объемы повторных посещений в центры здоровья, объемы посещений при проведении второго этапа диспансеризации взрослого населения и объемы с профилактической целью и по поводу заболевания по специальности «стоматология», распределенные решением Комиссии по разработке ТПОМС всем медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

O_3^I - общий объем посещений по поводу заболевания, распределенный решением Комиссии медицинским организациям, не имеющим прикрепившихся лиц к медицинским организациям.

Базовая ставка одного посещения с профилактической целью и по поводу заболевания ($B_{ПРОФОЗ}^{СТ}$) рассчитывается по следующей формуле:

$$B_{ПРОФОЗ}^{СТ} = \frac{Tn_{БАЗ}^{СР}}{ПК_{ПРОФОЗ}}$$

При установлении тарифов за 1 посещение с профилактической и иными целями по врачебным специальностям к базовой ставке (средней стоимости одного посещения с профилактической целью и по поводу заболевания - $B_{ПРОФОЗ}^{СТ}$) применены коэффициенты стоимости посещения, представленные в приложении №2 к настоящему Тарифному соглашению.

При установлении тарифов за 1 обращение по поводу заболевания по врачебным специальностям базовая ставка (средняя стоимость одного посещения с профилактической целью и по поводу заболевания - $B_{ПРОФОЗ}^{СТ}$) умножается на среднее число посещений по поводу заболевания в одном обращении (2,9 посещений) и на поправочные коэффициенты стоимости обращения, представленные в приложении № 2 к настоящему Тарифному соглашению.

Кроме того, для Федеральных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в пределах нескольких субъектов Российской Федерации, устанавливаются повышающие коэффициенты к стоимости единицы объема (к стоимости посещения с профилактической целью и к стоимости обращения по поводу заболевания) в размере 1,4.

Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации (взрослого населения) установлены за законченный случай 1-го этапа на основании рекомендованных значений, представленных в приложении №6 к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования от 21.11.2017 №11-7/10/2-8080, от 21.11.2017 №13572/26-2/и, одобренными 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 (протокол заседания 14.11.2017 №66/11/19), с учетом коэффициента дифференциации для Пензенской области (1,006) и с учетом перечня услуг, установленного для каждой половозрастной группы взрослого населения приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.10.2017 № 869н (Зарегистрировано в Минюсте России 12.12.2017 №49214).

Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации детей-сирот (*детей-сирот, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных/удочеренных, принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронажную семью; пребывающих в стационаре детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации*) установлены за законченный случай 1-го этапа в соответствии с рекомендованными значениями, представленными в приложении №6 к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования от 21.11.2017 №11-7/10/2-8080, от 21.11.2017 №13572/26-2/и, одобренными 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 (протокол заседания от 14.11.2017 №66/11/19), с учетом коэффициента дифференциации для Пензенской области (1,006).

При определении стоимости 1 условной единицы трудоемкости (УЕТ) при оказании стоматологической помощи по поводу заболевания и при оказании стоматологической помощи с профилактической и иными целями учитывается среднее количество УЕТ в одном обращении по поводу заболевания и среднее количество УЕТ в одном посещении с профилактической и иными целями.

Среднее количество УЕТ в одном посещении при оказании стоматологической медицинской помощи с профилактической и иными целями взрослому и детскому населению в амбулаторных условиях установлено на территории Пензенской области в соответствии со средней кратностью УЕТ в одном посещении по Российской Федерации равной 3,9 УЕТ (установлен в п.3.3. раздела II «Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в том числе на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц» Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования).

Расчет среднего количества УЕТ в одном обращении ($CP_{K УЕТ ОБ}$) осуществляется по формуле:

$$CP_{K УЕТ ОБ} = \frac{\text{Количество посещений}}{\text{в одном обращении}} * \frac{\text{Среднюю кратность УЕТ}}{\text{в одном посещении}}, \text{ где}$$

- количество посещений в одном обращении при оказании стоматологической помощи, утвержденное постановлением Правительства Пензенской области от 22.12.2017 №627-пП, равно 3;
- средняя кратность УЕТ в одном посещении по Российской Федерации (установлена Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования от 21.11.2017 №11-7/10/2-

8080, от 21.11.2017 №13572/26-2/и, одобренными 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 (протокол заседания от 14.11.2017 №66/11/19), равно 3,9.

Среднее количество УЕТ в одном обращении для взрослого и детского населения равно:

$$СР_{К УЕТ ОБ} = 3 * 3,9 = 11,7 \text{ УЕТ}$$

Тарифы за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях (за медицинскую услугу, посещение, обращение), представлены в приложениях №№7.2, 11-17 к настоящему Тарифному соглашению, являются едиными для всех медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по Территориальной программе ОМС на территории Пензенской области, включенных в один уровень оказания медицинской помощи, и применяются в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, в том числе:

- Тарифы за услугу – за проведение одной процедуры гемодиализа и за 1 день лечения (обмена) при проведении заместительной почечной терапии (ЗПТ) методом перитонеального диализа в амбулаторных условиях по поводу заболевания, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, действующие с 01.01.2018 (Приложение №7.2. к настоящему Тарифному соглашению).

- Тарифы за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, действующие с 01.01.2018. (приложение №11 к настоящему Тарифному соглашению);

- Тарифы за проведение 1 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.10.2017 №869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», действующие с 01.01.2018 (приложение №12 к настоящему Тарифному соглашению);

- Тарифы за проведение 1 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.10.2017 №869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», проводимого мобильными медицинскими бригадами, действующие с 01.01.2018 (приложение №12 к настоящему Тарифному соглашению);

- Тарифы за законченный случай диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, действующие с 01.01.2018 (приложение №13 к настоящему Тарифному соглашению);

- Тарифы за законченный случай диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, проводимой мобильными медицинскими бригадами, действующие с 01.01.2018 (приложение №13 к настоящему Тарифному соглашению);

- Тарифы за законченный случай диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (по-

печительство), в приемную или патронажную семью, проводимой в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения РФ от 11.04.2013 №216н, действующие с 01.01.2018 (приложение №14 к настоящему Тарифному соглашению);

- Тарифы за законченный случай диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронажную семью, проводимой в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения РФ от 11.04.2013 №216н, проводимой мобильными медицинскими бригадами, действующие с 01.01.2018 (приложение №14 к настоящему Тарифному соглашению);

- Тарифы за законченный случай проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, проведение которых осуществляется в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения РФ от 10.08.2017 №514н, действующие с 01.01.2018 (приложение №15 к настоящему Тарифному соглашению);

- Тарифы на простые медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях (амбулаторная хирургия), применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, действующие с 01.01.2018 (приложение №16 к настоящему Тарифному соглашению);

- Тарифы на диагностические исследования, проводимые в амбулаторных условиях, для взрослого и детского населения, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов (приложение №17 к настоящему Тарифному соглашению);

1.3. Размер подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу.

1.3.1. Определение среднего подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

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

$$Пн_{БАЗ} = \frac{(\Phi O_{CP}^{AMB} * Ч_3 - OC_{EO} - OC_{PD})}{Ч_3 * 12}, \text{ где:}$$

$Пн_{БАЗ}$ - 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 на территории Пензенской области, рублей;

OC_{PD} - размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае в случаях достижения целевых значений показателей результативности деятельности (75 000 000 руб.).

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц (далее - подушевой норматив) не включаются средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема (OC_{EO}), в том числе:

- расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно - правовыми актами, рублей;
- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме рублей;
- расходы на стоматологическую медицинскую помощь, оказываемую с профилактической целью и в связи с заболеванием, рублей;
- расходы на проведение диагностических исследований в амбулаторных условиях, рублей;
- расходы на проведение комплексного обследования и динамического наблюдения в Центрах здоровья, рублей;
- расходы на оказание простых медицинских услуг (амбулаторной хирургии) по перечню услуг, установленному в ТПОМС на 2016 год в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, рублей;
- расходы на оказание первичной медико-санитарной помощи (посещений с профилактической и иными целями, обращений по поводу заболеваний) медицинскими организациями, не имеющими прикрепившихся лиц, рублей;
- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях.

1.3.2. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях, численность застрахованных лиц на территории Пензенской области распределяется на половозрастные группы в соответствии с пунктами 7, 8 Требований, утвержденных Приказом Федерального фонда ОМС от 18.11.2014 №200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (с последующими изменениями), (далее - Требования) по следующим половозрастным группам:

- ноль - один год мужчины/женщины;
- один год - четыре года мужчины/женщины;
- пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;
- восемнадцать лет - пятьдесят девять лет мужчины;
- восемнадцать лет - пятьдесят четыре года женщины;
- шестьдесят лет и старше мужчины;
- пятьдесят пять лет и старше женщины.

В соответствии с пунктом 7 Требований для каждой половозрастной группы рассчитаны единые значения коэффициента дифференциации в пределах Пензенской области. Указанные коэффициенты установлены в приложении №19 к настоящему Тарифному соглашению и определены исходя из общей фактической стоимости, оказанной амбулаторной помощи с профилактическими и иными целями и амбулаторной помощи по поводу заболевания по

каждой половозрастной группе за предыдущий период и численности прикрепившихся к медицинским организациям застрахованных лиц.

1.3.3. Определение дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи на территории Пензенской области рассчитывается дифференцированный подушевой норматив для однородных групп медицинских организаций по следующей формуле:

$$ДП_{Н}^i = П_{Н\text{БАЗ}} * СКД_{ИНТ}^i, \text{ где:}$$

$ДП_{Н}^i$ - дифференцированный подушевой норматив для i -той группы медицинских организаций, рублей ;

$СКД_{ИНТ}^i$ - средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i -той группы медицинских организаций.

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

$$КД_{ИНТ} = КД_{ПВ} * КД_{ЗП}, \text{ где:}$$

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

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

$КД_{ЗП}$ - коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации.

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

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

К первой группе медицинских организаций относятся, медицинские организации у которых диапазон интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива от 0,6745 до 0,6965.

Ко второй группе медицинских организаций относятся, медицинские организации у которых диапазон интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива составляет от 0,8136 до 1,3056.

К третьей группе медицинских организаций относятся, медицинские организации у которых диапазон интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива составляет от 1,5044 до 2,48.

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

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

$Ч_3^i$ - численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той группе медицинских организаций;

$Ч_3^{ПП}$ - общая численность застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям, 1 311 872 человека;

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

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

$ФДПн^i$ - фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для i -той группы медицинских организаций, рублей;

1.4. Тарифы на оплату за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов.

Исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС на 2018 год, определяется объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС на территории Пензенской области (ОС неотл), по следующей формуле:

$$ОС_{НЕОТЛ} = Но_{НЕОТЛ} * Нфз_{НЕОТЛ} * Ч_3 - ОС_{МТРНЕОТЛ}, \text{ где:}$$

$Но_{НЕОТЛ}$ - 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, 0,56 посещений;

$Нфз_{НЕОТЛ}$ - 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, 582,78 рублей;

$OC_{МТРНЕОТЛ}$ - размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

$Ч_3$ – численность застрахованного населения на территории Пензенской области по состоянию на 01.04.2017, 1 319 490 человек.

Исходя из ($OC_{НЕОТЛ}$) объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи в неотложной форме медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы ОМС на территории Пензенской области в 2018 году, определяется Базовая ставка одного посещения в неотложной форме ($B_{НЕОТЛ}^{СТ}$) по следующей формуле:

$$B_{НЕОТЛ}^{СТ} = \frac{OC_{НЕОТЛ}}{No_{НЕОТЛ} * Ч_3 - O_{МТР}}, \text{ где:}$$

$OC_{НЕОТЛ}$ - размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС на территории Пензенской области в 2018 году;

$O_{МТР}$ - объем медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях в неотложной форме лицам, застрахованным на территории Пензенской области, в медицинских организациях, расположенных за пределами Пензенской области (в рамках межтерриториальных расчетов).

При установлении тарифов на одно посещение в неотложной форме по видам неотложной медицинской помощи к Базовой ставке ($B_{НЕОТЛ}^{СТ}$) применяются относительные коэффициенты стоимости одного посещения, представленные в приложении №18 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, представлены в приложении №18 к настоящему Тарифному соглашению.

2. Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара.

2.1 Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Пензенской области, в условиях круглосуточного стационара (FO_{CP}^{KCT}) составляет 4 716,33 руб. в расчете на одно застрахованное лицо, определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2018 год, по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{KCT} = \frac{(H o_{KC} * H_{\Phi ZKC}) * Ч_3 - OC_{MTP} - OC_{HC3}}{Ч_3}, \text{ где:}$$

- ΦO_{CP}^{KCT} - средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации ТПОМС на территории Пензенской области, в расчете на 1 застрахованное лицо в год, рублей;
- $H o_{KC}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара, установленный ТПОМС на территории Пензенской области, 0,17235 случаев госпитализации на одно застрахованное лицо в год;
- $H_{\Phi ZKC}$ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара, установленный ТПОМС на территории Пензенской области, 30 090,16 руб.;
- $Ч_3$ - численность застрахованного населения на территории Пензенской области по состоянию на 01.04.2017, 1 319 490 человек;
- OC_{MTP} - размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара лицам, застрахованным за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС (средств, предназначенных для осуществления межтерриториальных расчетов), рублей;
- OC_{HC3} - размер средств, направляемых на формирование нормированного страхового запаса ТФОМС в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения среднего поправочного коэффициента по сравнению с запланированным, рублей.

2.2. Перечень клинико-статистических групп заболеваний, оплата которых на территории Пензенской области в 2018 году осуществляется по тарифам за законченный случай лечения заболевания (случай госпитализации), включенного в соответствующую клинико-статистическую группу (КСГ), представлен в приложении №6 к настоящему Тарифному соглашению и сформирован в соответствии с Инструкцией по группировке случаев, в том числе правил дополнительных классификационных критериев, направленных ФФОМС в ТФОМС исх. №14531/26-2/и от 12.12.2017 года.

Перечень групп заболеваний, включенных в соответствующую клинико-статистическую группу (КСГ), с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ ($K3_{КСГ}$), поправочных коэффициентов оплаты КСГ ($ПК_{КСГ}$), (включающих коэффициент уровня, коэффициент сложности лечения пациента и управленческие коэффициенты), установленных на 2018 год, представлен в приложениях №№21-24 к настоящему Тарифному соглашению.

Коэффициенты относительной затратоемкости КСГ ($K3_{КСГ}$), установлены в соответствии с приложением №1 к «Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», одобренным 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 (протокол заседания от 14.11.2017 №66/11/19) и направленным совместным письмом Министерства

здравоохранения Российской Федерации от 21.11.2017 №11-7/10/2-8080 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2017 №13572/26-2/и.

2.3. Поправочные коэффициенты оплаты клинико-статистических групп (КСГ), установленные на территории Пензенской области (ПК).

Поправочные коэффициенты оплаты КСГ (интегрированные коэффициенты) (ПК) установлены для конкретного случая с учетом коэффициентов, установленных настоящим Тарифным соглашением по следующей формуле:

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

$KУ_{КСГ}$ – управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен случай госпитализации;

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

$КСЛП$ – коэффициент сложности лечения пациента.

Средние значения коэффициентов уровня оказания стационарной медицинской помощи в медицинской организации устанавливаются следующие:

- 1) для медицинских организаций 1-го уровня – 0,9500;
- 2) для медицинских организаций 2-го уровня – 1,1000;
- 2.1.) для медицинских организаций 2-го уровня 1 подуровня – 1,0950123;
- 2.2.) для медицинских организаций 2-го уровня 2 подуровня – 1,2;
- 3) для медицинских организаций 3-го уровня - 1,1102408, в том числе:
 - 3.1) для медицинских организаций 3-го уровня 1 подуровня (за исключением федеральных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в пределах нескольких субъектов Российской Федерации и медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административных территориальных образований) – 1,1000000;
 - 3.2) для медицинских организаций 3-го уровня 2 подуровня (для федеральных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в пределах нескольких субъектов Российской Федерации) – 1,4.
 - 3.3) для медицинских организаций 3-го уровня 3 подуровня (для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административных территориальных образований) – 1,2.

Коэффициент уровня не применяется к случаям лечения, при которых применяются одинаковые методы диагностики лечения в различных уровнях оказания медицинской помощи. Исключение составляют медицинские организации, расположенные на территории закрытых административных территориальных образований, коэффициент уровня оказания медицинской помощи для которых применяется ко всем КСГ.

Клинико-статистические группы, к которым не применяется коэффициент уровня, указаны в Таблице №44

Таблица №44

№ группы КСГ	Наименование КСГ
17	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
30	Легкие дерматозы
86	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
97	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии
172	Замена речевого процессора
208	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперст-

№ группы КСГ	Наименование КСГ
	ной кишки
210	Болезни желчного пузыря
212	Гипертоническая болезнь в стадии обострения
213	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1)
217	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания
243	Болезни предстательной железы
256	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
266	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей
272	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы
284	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)
285	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
286	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
287	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
288	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
314	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
316	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии
320	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

Коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП) в условиях круглосуточного стационара установлены в таблице №45

Таблица №45

№ коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП)	Случаи, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП)	Размер КСЛП	№ КСГ, по которым установлены КСЛП
1	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей до 1 года)*	1,1	10,20,23,24,25,27,28,29,30,31,45,46,49, 57,58,59,61,64,66,67,74,77,87,88,97,101, 102,106,169,173,179,181,182,186,188, 198,207,208,217,219,221,223,224,225, 230,232, 240,242,244,256,257,265,266,267,271, 272,281,282,289,294,295,326
2	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей от 1 до 4)	1,1	9,10,16,17,21,23,24,25,27,28,29,30,31,32, 35,47,49,50,51,52,57,58,61,64,66,67,72, 74,76,77,80,82,83,85,87,88,94,95,97,98, 99,100,106,114,116,138,147,164,165,166, 167,168,169, 173,179,180,181,182,183,184,186,188, 190,192,198,207,208,215,217,219,221, 222,225,227,228,229,230,231,232,235, 236,237,238,240,244,255,256,257,258, 259,266,267,268,270,271,272,274,280, 281,282,289,291,294,295,296,297,298, 302,315,337

№ коэф-фициента сложности лечения пациента (КСЛП)	Случаи, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП)	Размер КСЛП	№ КСГ, по которым установлены КСЛП
3	Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний)	1,05	23,24,29,30,35,36,47,49,50,52,57,59,64, 66,67,76,83,85,87,88,95,99,100,116,138, 146,147,164,165,166,167,168,173,179, 182,183,188,192,198,207,208,217,221, 223,224,227,235,236,237,240,244,255, 256,257,266,271,272,282,290,294,296, 297,301,312,337
4	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет) **	1,02	9,10,11,12,13,17,18,19,20,21,23,24,29,30, 56,63,65,69,70,72, 76,77,83,85,87,88,89,90,91,92,94,97,98, 99,100,101,102,114,115,120,121,122,123, 130,132,133,135,138,145,146,147,160, 161,162,164,165,166,167,168,173,174, 175,176,177,178,179,185,188,189,192, 195,197,198,202,203,204,208,210,211, 212,213,214,215,216,217,218,219,221, 222,223,224,228,230,231,232,234,235, 236,237,238,239,240,241,242,243,244, 245,246,247,248,249,250,251,252,253, 256,257,259,260,261,266,267,268,271, 272,274,275,276,279,282,284,286,287, 288,289,290,296, 300, 302, 305, 306, 325,326,327,328,331
5	Сложность лечения пациента старше 60 лет при наличии у него функциональной зависимости (индекс Бартела 60 баллов и менее)***	1,1	339
6	Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента (перечень указанных заболеваний и состояний представлен в таблице №46)	1,1	2, 20, 21, 56, 59, 63, 65, 66, 82, 188, 192, 211, 240, 250, 256, 282, 306, 325, 337
8	Проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ (перечень возможных сочетаний представлен в таблице №47)	1,3	130, 135, 162

№ коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП)	Случаи, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП)	Размер КСЛП	№ КСГ, по которым установлены КСЛП
9	Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями (рассчитанные по установленной в настоящем Тарифном соглашении формуле по каждой КСГ)	Свыше 30 дней	
		1,26	25 «Нарушения свертываемости крови»
		1,59	63 «Другие инфекционные и паразитарные болезни, взрослые»
		1,41	77 «Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)»
		1,30	91 «Инфаркт мозга (уровень 1)»
		1,80	102 «Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 2)»
		1,23	114 «Почечная недостаточность»
		1,50	116 «Гломерулярные болезни»
		1,49	168 «Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)»
		1,18	188 «Пневмония, плеврит, другие болезни плевры»
		1,26	197 «Болезни артерий, артериол и капилляров»
		1,24	222 «Гнойные состояния нижних дыхательных путей»
		1,62	224 «Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 2)»
		1,57	226 «Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)»
		1,17	228 «Переломы шейки бедра и костей таза»
		1,67	232 «Множественные переломы, травматические ампутации, размозжения и последствия травм»
		1,14	235 «Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)»
		1,20	237 «Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)»
		1,47	238 «Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)»
		1,32	239 «Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)»
1,41	266 «Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей»		
1,46	268 «Остеомиелит (уровень 2)»		
1,43	276 «Операции на желчном пузыре и		

№ коэф-фициента сложности лечения пациента (КСЛП)	Случаи, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП)	Размер КСЛП	№ КСГ, по которым установлены КСЛП
			желчевыводящих путях (уровень 3)»
		1,8	293 «Отморожения (уровень 2)»
			Свыше 45 дней
		1,62	109 «Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций»
		1,24	233 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)»
		1,24	279 «Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)»
		1,60	280 «Панкреатит, хирургическое лечение»
10	Проведение сочетанных хирургических вмешательств (перечень возможных сочетанных хирургических вмешательств представлен в таблице №48)	1,2	274, 275, 288
11	Проведение однотипных операций на парных органах (перечень возможных однотипных операций на парных органах представлен в таблице №49)	1,2	179, 203

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

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

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

Таблица №46

Перечень сопутствующих заболеваний и состояний, влияющих на сложность лечения, при которых применяется коэффициент сложности лечения пациента, равный 1,1

№ п/п	Наименование патологии	Код МКБ-10
1	Сахарный диабет 1 и 2 типа	-
	Наличие заболеваний, включая редкие (орфанные) заболевания, требующих систематического дорогостоящего лекарственного лечения:	
2	Гемофилия	D66; D67;D68.0
3	Муковисцидоз	E84
4	Гипофизарный нанизм	E23.0
5	Рассеянный склероз	G35
6	Болезнь Гоше	E75.5
7	Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей	C92.1; C88.0; C90.0; C82;

№ п/п	Наименование патологии	Код МКБ-10
		C83.0; C83.1; C83.3; C83.4; C83.8; C83.9; C84.5; C85; C91.1
8	Состояния после трансплантации органов и (или) тканей	Z94.0; Z94.1; Z94.4; Z94.8
9	Гемолитико-уремический синдром	D59.3
10	Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы-Микели)	D59.5
11	Апластическая анемия неуточненная	D61.9
12	Наследственный дефицит факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта-Прауэра)	D68.2
13	Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса)	D69.3
14	Дефект в системе комплемента	D84.1
15	Преждевременная половая зрелость центрального происхождения	E22.8
16	Нарушения обмена ароматических аминокислот (классическая фенилкетонурия, другие виды гиперфенилаланинемии)	E70.0, E70.1
17	Тирозинемия	E70.2
18	Болезнь "кленового сиропа"	E71.0
19	Другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью (изовалериановая ацидемия, метилмалоновая ацидемия, пропионовая ацидемия)	E71.1
20	Нарушения обмена жирных кислот	E71.3
21	Гомоцистинурия	E72.1
22	Глютарикацидурия	E72.3
23	Галактоземия	E74.2
24	Другие сфинголипидозы: болезнь Фабри (Фабри-Андерсона), Нимана-Пика	E75.2
25	Мукополисахаридоз, тип I	E76.0
26	Мукополисахаридоз, тип II	E76.1
27	Мукополисахаридоз, тип VI	E76.2
28	Острая перемежающаяся (печеночная) порфирия	E80.2
29	Нарушения обмена меди (болезнь Вильсона)	E83.0
30	Незавершенный остеогенез	Q78.0
31	Легочная (артериальная) гипертензия (идиопатическая) (первичная)	I27.0
32	Юношеский артрит с системным началом	M08.2
33	Детский церебральный паралич	G80
34	ВИЧ/СПИД, стадии 4Б и 4В, взрослые	B20 – B24
35	Перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции, дети	Z20.6

Таблица №47

Проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к различным КСГ, при которых применяется коэффициент сложности лечения пациента, равный 1,3.

№ пп	Условия применения КСЛП
1	Сочетание любого кода химиотерапии с любым кодом лучевой терапии

2	Сочетание любого кода химиотерапии с любым кодом хирургического лечения при злокачественном новообразовании
3	Сочетание любого кода лучевой терапии с любым кодом хирургического лечения при злокачественном новообразовании
4	Сочетание двух кодов лучевой терапии
5	Последовательное выполнение в рамках одной госпитализации двух и более схем лекарственной терапии

Таблица №48

Перечень сочетанных хирургических вмешательств, при которых применяется коэффициент сложности лечения пациента, равный 1,2.

Операция 1		Операция 2	
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности	A16.30.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.003	Оперативное лечение околопупочной грыжи
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий

Операция 1		Операция 2	
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.003	Оперативное лечение околопупочной грыжи
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.003	Оперативное лечение околопупочной грыжи
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов
A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов

Операция 1		Операция 2	
A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
A16.20.032	Резекция молочной железы	A16.20.004	Сальпингэктомия лапаротомическая
A16.20.032	Резекция молочной железы	A16.20.017	Удаление параовариальной кисты лапаротомическое
A16.20.032	Резекция молочной железы	A16.20.061	Резекция яичника лапаротомическая

Операция 1		Операция 2	
A16.20.043	Мастэктомия	A16.20.011.002	Тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) с придатками лапаротомическая
A16.18.016	Гемиколэктомия правосторонняя	A16.14.030	Резекция печени атипичная
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.035	Миомэктомия (энуклеация миоматозных узлов) лапаротомическая
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.001	Удаление кисты яичника
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.061	Резекция яичника лапаротомическая
A16.20.014	Влагалищная тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) с придатками	A16.20.042.001	Слингговые операции при недержании мочи
A16.20.063.001	Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.20.083	Кольпоперинеоррафия и леваторопластика
A16.20.063.001	Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.20.042.001	Слингговые операции при недержании мочи
A16.20.083	Кольпоперинеоррафия и леваторопластика	A16.20.042.001	Слингговые операции при недержании мочи
A16.16.033.001	Фундопликация лапароскопическая	A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.20.063.001	Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.28.071.001	Иссечение кисты почки лапароскопическое	A16.20.001.001	Удаление кисты яичника с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.28.054	Трансуретральная уретеролитоэкстракция	A16.28.003.001	Лапароскопическая резекция почки
A16.28.004.001	Лапароскопическая нефрэктомия	A16.21.002	Трансуретральная резекция простаты
A16.21.002	Трансуретральная резекция простаты	A16.28.085	Трансуретральная эндоскопическая цистолитотрипсия
A16.08.013.001	Пластика носовой перегородки с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.08.017.001	Гайморотомия с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.26.093	Факоемульсификация без интраокулярной линзы.	A16.26.069	Трабекулотомия

Операция 1		Операция 2	
	Факофрагментация, факоаспирация		
A16.26.093	Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A16.26.073.003	Проникающая склерэктомия
A16.26.093	Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A16.26.115	Удаление силиконового масла (или иного высокомолекулярного соединения) из витреальной полости
A16.26.093	Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A16.26.146	Реконструкция угла передней камеры глаза
A16.26.093	Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A16.26.049	Кератопластика (трансплантация роговицы)
A16.26.093	Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	A16.26.087	Замещение стекловидного тела

Таблица №49

Перечень однотипных операций на парных органах тела, при которых применяется коэффициент сложности лечения пациента, равный 1,2.

Код услуги	Наименование услуги
A16.03.022.002	Остеосинтез титановой пластиной
A16.03.022.004	Интрамедуллярный стержневой остеосинтез
A16.03.022.005	Остеосинтез с использованием биodeградируемых материалов
A16.03.022.006	Интрамедуллярный блокируемый остеосинтез
A16.03.024.005	Реконструкция кости. Остеотомия кости с использованием комбинированных методов фиксации
A16.03.024.007	Реконструкция кости. Корректирующая остеотомия при деформации стоп
A16.03.024.008	Реконструкция кости. Корректирующая остеотомия бедра
A16.03.024.009	Реконструкция кости. Корректирующая остеотомия голени
A16.03.024.010	Реконструкция кости при ложном суставе бедра
A16.03.033.002	Наложение наружных фиксирующих устройств с использованием компрессионно-дистракционного аппарата внешней фиксации
A16.04.014	Артропластика стопы и пальцев ноги
A16.12.006	Разрез, иссечение и закрытие вен нижней конечности
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности
A16.12.006.002	Подапоневротическая перевязка анастомозов между поверхностными и глубокими венами голени
A16.12.006.003	Диссекция перфорантных вен с использованием видеоэндоскопических технологий

A16.12.008.001	Эндартерэктомия каротидная
A16.12.008.002	Эндартерэктомия каротидная с пластикой
A16.12.012	Переязка и обнажение варикозных вен
A16.20.032.007	Резекция молочной железы субтотальная с маммопластикой и эндопротезированием
A16.20.103	Отсроченная реконструкция молочной железы с использованием эндопротеза
A16.20.043.001	Мастэктомия подкожная с одномоментной алломаммопластикой
A16.20.043.002	Мастэктомия подкожная с одномоментной алломаммопластикой с различными вариантами кожно-мышечных лоскутов
A16.20.043.003	Мастэктомия радикальная с односторонней пластикой молочной железы с применением микрохирургической техники
A16.20.043.004	Мастэктомия расширенная модифицированная с пластическим закрытием дефекта грудной стенки
A16.20.045	Мастэктомия радикальная подкожная с алломаммопластикой
A16.20.047	Мастэктомия расширенная модифицированная с пластическим закрытием дефекта грудной стенки различными вариантами кожно-мышечных лоскутов
A16.20.048	Мастэктомия радикальная с реконструкцией TRAM-лоскутом
A16.20.049.001	Мастэктомия радикальная по Маддену с реконструкцией кожно-мышечным лоскутом и эндопротезированием
A16.26.011	Зондирование слезных канальцев, активация слезных точек
A16.26.019	Устранение эпикантуса
A16.26.020	Устранение энтропиона или эктропиона
A16.26.021	Коррекция блефароптоза
A16.26.021.001	Устранение птоза
A16.26.023	Устранение блефароспазма
A16.26.079	Реваскуляризация заднего сегмента глаза
A16.26.147	Ретросклеропломбирование
A22.26.004	Лазерная корепраксия, дисцизия задней капсулы хрусталика
A22.26.005	Лазерная иридэктомия
A22.26.006	Лазергониотрабекулопунктура
A22.26.007	Лазерный трабекулоспазис
A22.26.009	Фокальная лазерная коагуляция глазного дна
A22.26.010	Панретинальная лазерная коагуляция
A22.26.019	Лазерная гониодесцеметопунктура
A22.26.023	Лазерная трабекулопластика
A16.26.075	Склеропластика
A16.26.075.001	Склеропластика с использованием трансплантатов
A16.26.093.002	Факоемульсификация с имплантацией интраокулярной линзы
A16.26.094	Имплантация интраокулярной линзы

Значение коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП) по сверх длительным случаям госпитализации определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней. Стоимость койко-дня для оплаты случаев сверхдлинного пребывания определяется с учетом компенсации расходов на медикаменты и расходные материалы в профильном отделении.

$$КСЛП = 1 + \frac{\PhiКД - НКД}{НКД} * K_{дл}, \text{ где:}$$

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента;

K_{дл} - коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов. Используется значение – 0,25

ФКД – фактическое количество койко-дней;

НКД – нормативное количество койко-дней (по КСГ, для которых установлен срок либо 30, либо 45 дней).

Управленческие коэффициенты оказания медицинской помощи в круглосуточном стационаре для всех медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций на 2018 год, установлены по каждой клинко-статистической группе в приложениях №№21-24 к настоящему Тарифному соглашению и являются едиными для всех уровней оказания медицинской помощи, при этом:

- к группам, указанным в таблице №50, с применением сложных медицинских технологий (влияющим на снижение смертности, а также с высокой долей расходов на медикаменты и расходные материалы, в том числе связанным с применением лекарственной терапии онкологическим больным) не применяются понижающие управленческие коэффициенты;

- к группам, указанным в таблице №51, по которым лечение возможно в условиях дневного стационара или в амбулаторных условиях, не применяются повышающие коэффициенты.

Управленческий коэффициент установлен таким образом, чтобы средневзвешенный коэффициент (с учетом количества по каждой клинко-статистической группе) был равен 1, то есть применение повышающего коэффициента к одним группам сопровождается применением понижающего коэффициента к другим группам.

Условие применения управленческого коэффициента:

$$\frac{\sum(KУ_j \times КЗ_j \times Ч_{слj})}{Ч_{сл}} = 1, \text{ где:}$$

Ч_{слj} – число случаев лечения по клинко – статистической группе j;

Ч_{сл} – число случаев по всем КСГ;

КУ_j – управленческий коэффициент, применяемый к клинко – статистической группе j;

КЗ_j – коэффициент относительной затратноности по клинко – статистической группе j.

Таблица №50

Группы, к которым не применяется понижающий управленческий коэффициент.

№ группы КСГ	Наименование КСГ
32	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети
33	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети

№ группы КСГ	Наименование КСГ
34	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети
70	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
71	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии
73	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
75	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
92	Инфаркт мозга, (уровень 2)
93	Инфаркт мозга, (уровень 3)
107	Малая масса тела при рождении, недоношенность
108	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость
109	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций
144	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые
145	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые
146	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)
147	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)
148	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)
149	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)
150	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)
151	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)
152	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)
153	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)
154	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)
155	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)
156	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе
157	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
158	Фебрильная нейтропения, агранулоцитоз вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
159	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)

Таблица №51

Группы, к которым не применяется повышающий управленческий коэффициент.

№ группы КСГ	Наименование КСГ
17	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
30	Легкие дерматозы
56	Кишечные инфекции, взрослые
97	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии
208	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
210	Болезни желчного пузыря
212	Гипертоническая болезнь в стадии обострения
213	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца, (уровень 1)
217	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания
243	Болезни предстательной железы
256	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
266	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей
272	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы

2.4. Размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара (базовая ставка финансирования), включенного в КСГ.

Базовая ставка финансирования медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара ($BC_{КС}$), определяется исходя из следующих параметров:

- 1) объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой (в условиях круглосуточного стационара и оплачиваемой по КСГ ($OC_{КС}$);
- 2) общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ ($Ч_{сл}$) (определяется исходя из норматива объема, установленного в ТПОМС за минусом объемов медицинской помощи, оплачиваемых при осуществлении межтерриториальных расчетов, объемов по заболеваниям, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС, на которые установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи), ($Ч_{сл}$);
- 3) среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ ($СПК$).

Размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара (базовая ставка) рассчитывается по формуле:

$$BC_{КС} = \frac{OC_{КС}}{Ч_{сл} * СПК}$$

Средний поправочный коэффициент $СПК$ рассчитывается по формуле:

$$СПК = \frac{\sum_i (КЗ_i * ПК_i * Ч_{сл}^i)}{Ч_{сл}}$$

Корректировка базовой ставки возможна в случае значительных отклонений фактических значений от расчетных не чаще одного раза в квартал.

Размер базовой ставки составляет 21 430,22рублей.

Плановое количество случаев лечения по каждой медицинской организации каждой КСГ ($Ч_{сл}^i$) определяется согласно статистическим данным в рамках персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, в соответствии с главой 10 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с последующими изменениями) с учетом запланированных изменений структуры госпитализации.

Объем средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара и оплачиваемой по КСГ ($ОС_{КС}$), определяется по следующей формуле:

$$ОС_{КС} = (НО_{КС} + Н_{ФЗКС}) * Ч_3 - ОС_{МТР} - ОС_{НСЗ} - ОС_{ВМП} - ОС_{ЗПТ}, \text{ где}$$

$ОС_{ВМП}$ – размер средств, направленных на лечение заболеваний, при которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи включенных в базовой программы ОМС, на которые установлены нормы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи, рублей;

$ОС_{ЗПТ}$ – размер средств, направленных на проведение заместительной почечной терапии в условиях круглосуточного стационара.

Стоимость одного законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара по каждой группе КСГ и каждому уровню оказания медицинской помощи указана в приложениях №№21-24 к настоящему Тарифному соглашению и определяется по формуле:

$$СС_{КСГ} = БС_{КС} * КЗ_{КСГ}^i * ПК^i, \text{ где}$$

$БС_{КС}$ – размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), рублей;

$КЗ_{КСГ}^i$ – коэффициент относительной затратоёмкости стоимости по КСГ, к которой отнесен случай госпитализации;

$ПК^i$ – поправочный коэффициент оплаты i -ой КСГ.

2.5. Тарифы на оплату медицинской помощи, применяемые для оплаты законченных случаев госпитализации, при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара на основе КСГ, установлены в приложениях №№21-24 к настоящему Тарифному соглашению.

2.6. Тарифы за законченный случай госпитализации в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, представлены в приложении №25 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи установлены в соответствии с приложением 10 к разъяснениям Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 13.12.2017 № 11-7/10/2-8616 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам ме-

дицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» (далее – Разъяснения).

Величина норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи, установленная в разделе I приложения к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 08.12.2017 год №1492, скорректирована с учетом величины коэффициента дифференциации, установленного для Пензенской области (1,006), по формуле, указанной в приложении 10 к Разъяснениям.

3. Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Пензенской области, в условиях дневного стационара составляет 843,19 руб. в расчете на одно застрахованное лицо, определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2018 год, по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{DCT} = \frac{(H o_{DC} * H_{\Phi ZDC}) * Ч_3 - OC_{MPT}^{DC} - OC_{HC3}^{DC}}{Ч_3}, \text{ где:}$$

ΦO_{CP}^{DCT} - средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации ТПОМС на территории Пензенской области, в расчете на 1 застрахованное лицо в год, рублей;

$H o_{DC}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, установленный ТПОМС на территории Пензенской области, 0,06 случаев лечения на одно застрахованное лицо в год;

$H_{\Phi ZDC}$ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, установленный ТПОМС на территории Пензенской области, 15 594,83 руб.;

$Ч_3$ - численность застрахованного населения на территории Пензенской области по состоянию на 01.04.2017, 1 319 490 человек;

OC_{MPT}^{DC} - размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара лицам, застрахованным за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС (средств, предназначенных для осуществления межтерриториальных расчетов), руб.;

OC_{HC3}^{DC} - размер средств, направляемых на формирование нормированного страхового запаса ТФОМС в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения среднего поправочного коэффициента по сравнению с запланированным, руб.

3.2. Перечень клинико-статистических групп заболеваний, оплата которых на территории Пензенской области в 2018 году осуществляется по тарифам за законченный случай лечения заболевания (случай лечения), включенного в соответствующую клинико-статистическую группу (КСГ), представлен в приложении №8 к настоящему Тарифному соглашению и сформирован в соответствии с Инструкцией по группировке случаев, в том числе правил дополнительных классификационных критериев и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, направленных ФФОМС в ТФОМС исх. №14531/26-2/и от 12.12.2017 года.

Перечень групп заболеваний, включенных в соответствующую клинико-статистическую группу (КСГ), с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ, поправочных коэффициентов оплаты КСГ, (включающих коэффициент уровня, коэффициент сложности лечения пациента и управленческие коэффициенты), установленные на 2018 год, представлены в приложении №10 к настоящему Тарифному соглашению.

Коэффициенты относительной затратоемкости КСГ, установлены в соответствии с приложением №2 к «Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», одобренным 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 (протокол заседания от 14.11.2017 №66/11/19) и направленным совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.11.2017 №11-7/10/2-8080 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2017 №13572/26-2/и.

3.3. Поправочные коэффициенты оплаты клинико-статистических групп (КСГ), установленные на территории Пензенской области (ПК).

Поправочные коэффициенты оплаты КСГ (интегрированные коэффициенты) (ПК) установлены для конкретного случая с учетом коэффициентов, установленных настоящим Тарифным соглашением по следующей формуле:

$$ПК = KU_{КСГ} \times KUC_{МО} \times KСЛП, \text{ где}$$

$KU_{КСГ}$ – управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения;

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

$KСЛП$ – коэффициент сложности лечения пациента.

В связи с отсутствием различий в оказании медицинской помощи в дневном стационаре в медицинских организациях разного уровня среднее значение коэффициента уровня оказания медицинской помощи в дневном стационаре на 2018 год, равно 1, при этом для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административных территориальных образований, коэффициент устанавливается в размере 1,2, для всех остальных медицинских организаций в размере 0,9907629.

Коэффициент сложности лечения пациента при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара по всем заболеваниям, включенным в КСГ, равен 1, за исключением КСГ, указанных в Таблице 52.

Таблица №52

№ п/п	Наименование этапов проведения ЭКО	Значение КСЛП
1	Проведение первого этапа экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции)	0,6

2	Проведение I—III этапов экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов	1
3	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов	1
4	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов	1,1
5	Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (неполный цикл)	0,19

Управленческие коэффициенты в дневном стационаре для всех КСГ на 2018 год, равны 1.

3.4. Размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара (базовая ставка финансирования), включенного в КСГ.

Базовая ставка финансирования медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара (БС_{дн}), определяется исходя из следующих параметров:

- объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ (ОС_{дн});
- общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ ($\mathcal{C}_{сл}$) (определяется исходя из норматива объема, установленного в ТПОМС за минусом объемов медицинской помощи, оплачиваемых при осуществлении межтерриториальных расчетов, и объемов заместительной почечной терапии);
- среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ (СПК).

Размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара (базовая ставка) с 01.01.2018. составляет 11 950,37 рублей и рассчитывается по формуле:

$$БС_{дс} = \frac{ОС_{дс}}{\mathcal{C}_c * СПК}, \text{ где:}$$

$\mathcal{C}_{сл}^i$ – плановое количество случаев лечения подлежащих оплате по клинико – статистическим группам (КСГ), без учета объемов медицинской помощи предоставляемой в рамках межтерриториальных расчетов.

Средний поправочный коэффициент (СПК) составляет 1,134045 и рассчитывается по формуле:

$$СПК = \frac{\sum_i (КЗ_i * ПК_i * \mathcal{C}_{сл}^i)}{\mathcal{C}_{сл}}$$

Плановое количество случаев лечения по каждой медицинской организации каждой КСГ ($\mathcal{C}_{сл}^i$) определяется согласно статистическим данным в рамках персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, в соответствии с главой 10 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с последующими изменениями) с учетом запланированных изменений структуры госпитализации.

Объем средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ (ОС_{ДС}), определяется по следующей формуле:

$$ОС_{ДС} = (Н_{одс} * Н_{фзс}) * Ч_3 - ОС_{МТР}^{ДС} - ОС_{НСЗ}^{ДС} - ОС_{ЗПТ}, \text{ где:}$$

$ОС_{ДС}$ - объем средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ, исходя из показаний, утвержденных постановлением правительства Пензенской области от 22.12.2017 №627-пП;

$ОС_{ЗПТ}$ – размер средств на проведение процедур заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа, рублей (определяется исходя объемов заместительной почечной терапии, распределенных между медицинскими организациями решением Комиссии, и рекомендованных тарифов на оплату процедур диализа с учетом применения различных методов, представленных в приложении №4 к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования от 21.11.2017 №11-7/10/2-8080, от 21.11.2017 №13572/26-2/и, одобренным 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 (протокол заседания от 14.11.2017 №66/11/19), с учетом коэффициента дифференциации для Пензенской области (1,006), применяемого к доле расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи).

Значение доли заработной платы ($Д_p^i$) по данным медицинских организации о кассовых расходах за 2017 год на оказание i – услуги в среднем составило:

- при проведении процедуры гемодиализа 21,87 %;
- при проведении процедуры перитонеального диализа -17,08%;
- при проведении процедуры перитонеального диализа с использованием автоматизированных технологий -16,43%;

Тариф на оплату процедур заместительной почечной терапии ($T_{ЗПТ}^i$) определяется по следующей формуле:

$$T_{ЗПТ}^i = P_C^i * (КД * D_p^i + (1 - D_p^i)), \text{ где:}$$

P_C^i - рекомендованная стоимость на оплату i -той процедуры диализа, представленная в приложении № 4 к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования от 21.11.2017 №11-7/10/2-8080, от 21.11.2017 №13572/26-2/и, одобренным 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 (протокол заседания от 14.11.2017 №66/11/19), рублей;

$КД$ - коэффициент дифференциации для Пензенской области 1,006;

D_p^i - доля заработной платы в рекомендованной стоимости i -той процедуры, к которой применяется коэффициент дифференциации.

На территории Пензенской области требование о недопущении отклонения базовой ставки для дневного стационара более, чем на 30% от нормативов, установленных ТПОМС, применяется, так как число законченных случаев проведения заместительной почечной терапии методом диализа в Пензенской области (624 случая) не превышает пороговое значение (1 568).

Пороговое значение определяется по следующей формуле:

$$Ч_{д}^* = \frac{N_{одс} \times N_{фздс} \times Ч_{эл} - ОС_{МТР}^{дс} - ОС_{НСЗ}^{дс} - ОС_{ВМП}^{дс} - 0,7 \times N_{одс} \times N_{фздс} \times Ч_{эл} \times СПК}{N_{д}^{дс} - 0,7 \times СПК \times N_{фздс}}, \text{ где}$$

- $Ч_{д}^*$ — пороговое значение числа законченных случаев проведения заместительной почечной терапии методом диализа;
- $N_{одс}$ — норматив объема медицинской помощи в условиях дневного стационара, установленный территориальной программой ОМС, 0,06 случаев лечения;
- $N_{фздс}$ — норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в условиях дневного стационара, установленный территориальной программой ОМС, 15 594,83 руб.;
- $Ч_{эл}$ — численность застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации на 01.04.2017 – 1 319 490 человека;
- $ОС_{МТР}^{дс}$ — объем средств, предназначенных для осуществления межтерриториальных расчетов за медицинскую помощь, оказанную в условиях дневного стационара;
- $ОС_{НСЗ}^{дс}$ — объем средств, направляемых на формирование НСЗ территориального фонда ОМС в части превышения установленного объема средств, предназначенного для оплаты медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения значения среднего поправочного коэффициента по сравнению с запланированным;
- $ОС_{ВМП}^{дс}$ — объем средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи, 0 руб.;
- $N_{д}^{дс}$ — средняя стоимость законченного случая проведения заместительной почечной терапии методом диализа, рассчитанная в соответствии с рекомендованными тарифами на оплату процедур диализа 96 877,48 руб.
- СПК — Средний поправочный коэффициент – 1,134045

Стоимость одного законченного случая лечения в условиях дневного стационара ($CC_{КСГ}^{ДС}$) по каждой группе КСГ указана в приложении №10 к настоящему Тарифному соглашению и определяется по формуле:

$$CC_{КСГ}^{ДС} = BC_{ДС} * KZ_{КСГ}^i * PK^i, \text{ где}$$

$BC_{ДС}$ - размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), рублей;

$KZ_{КСГ}^i$ - коэффициент относительной затратно-емкости стоимости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

PK^i - поправочный коэффициент оплаты i -ой КСГ.

4. Размер и структура тарифа на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации.

4.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Пензенской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2018 год, составляет – 659,62 руб. на 1 застрахованное лицо в год и определяется по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{СМП} = \frac{(No_{СМП} * Hфз_{СМП}) * Чз - OC_{МТР}}{Чз}, \text{ где:}$$

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

$No_{СМП}$ - 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, 0,300 вызова;

$Hфз_{СМП}$ - 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, 2 237,95 рублей;

$OC_{МТР}$ - размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой - застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования за вызов, 15 525 897,85 рублей;

$Чз$ - численность застрахованного населения Пензенской области по состоянию на 01.04.2017 - 1 319 490 человек.

4.2. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи), применяемые, в том числе для межтерриториальных расчетов и порядок определения тарифов на вызов скорой медицинской помощи, в том числе на оплату скорой медицинской помощи в случае проведения тромболизиса.

Тариф ($T_{СМП\ СР}$) на 1 вызов скорой медицинской помощи (без проведения тромболизиса) составляет 2 206,95 руб. и определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема, установленных Территориальной программой ОМС на 2018 год, по следующей формуле:

$$T_{СМП\ СР} = \frac{(Нo_{СМП} * Нфз_{СМП}) * Чз - OC_{МТР} - OC_{ТР}}{(Нo_{СМП} * Чз) - V_{СМП\ МТР}}, \text{ где:}$$

$OC_{ТР}$ - размер средств, направляемых на приобретение лекарственных препаратов, используемых для проведения тромболизиса при оказании скорой медицинской помощи, 12 124 290,15 руб., который определен исходя из планового количества вызовов скорой медицинской помощи с проведением тромболизиса на 2018 год (355 вызовов), на основании сведений Министерства здравоохранения Пензенской области о средневзвешенной цене поставки по контрактам 2016 года на препараты для проведения 1-ой процедуры тромболизиса (34 152,93 руб.);

$V_{СМП\ МТР}$ - объем медицинской помощи, предоставляемой лицам, застрахованным на территории Пензенской области, в медицинские организации других субъектов Российской Федерации, 6 969 вызовов.

Тариф на 1 вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболизиса составляет 36 359,88 руб. и определяется по следующей формуле:

$$T_{СМП\ МТР} = T_{СМП\ СР} + \frac{OC_{ТР}}{V_{ТР}}, \text{ где:}$$

$T_{СМП\ СР}$ - средний тариф на 1 вызов скорой медицинской помощи (без проведения тромболизиса).

$OC_{ТР}$ - размер средств, направляемых на приобретение лекарственных препаратов, используемых для проведения тромболизиса при оказании скорой медицинской помощи, который определен исходя из планового количества вызовов скорой медицинской помощи с проведением тромболизиса на 2018 год (355 вызовов), и средневзвешенной цены поставки по контрактам 2016 года (34 152,93 руб.).

$V_{ТР}$ - планируемое количество вызовов скорой медицинской помощи с проведением тромболизиса на 2018 год (355 вызовов).

4.3. Определение среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации в месяц составляет 54,47 руб., рассчитывается исходя из среднего размера финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$Пн_{БАЗ} = \frac{(ФО_{СР}^{СМП} * Ч_3 - ОС_{ВТР})}{Ч_3^{ПП}} / 12, \text{ где:}$$

- $Пн_{БАЗ}$ - базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;
- $Ч_3^{ПП}$ - численность застрахованных по ОМС лиц, прикрепившихся ко всем медицинским организациям, включенным в реестр медицинских организаций, для оказания первичной медико-санитарной помощи (1 311 872 чел.);
- $ОС_{ВТР}$ - размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным на территории Пензенской области, лицам за вызов с проведением тромболизиса, 12 124 290,15 рублей, который определен исходя из планируемого количества вызовов скорой медицинской помощи с проведением тромболизиса на 2018 год (355 вызовов) и тарифов на 1 вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболизиса (36 359,88 руб.).

4.4. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи.

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи численность застрахованных лиц на территории Пензенской области распределяется на половозрастные группы (подгруппы) в соответствии с пунктами 7,8 Требований, утвержденных Приказом Федерального фонда ОМС от 18.11.2014 №200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (с последующими изменениями), (далее - Требования) по следующим половозрастным группам:

- ноль - один год мужчины/женщины;
- один год - четыре года мужчины/женщины;
- пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;
- восемнадцать лет - пятьдесят девять лет мужчины;
- восемнадцать лет - пятьдесят четыре года женщины;
- шестьдесят лет и старше мужчины;
- пятьдесят пять лет и старше женщины.

В соответствии с пунктом 7 Требований для каждой половозрастной группы рассчитаны единые значения коэффициента дифференциации в пределах Пензенской области. Указанные коэффициенты установлены в приложении №26 к настоящему Тарифному соглашению и определены исходя из стоимости скорой медицинской помощи для каждой половозрастной группы за предыдущий период и численности прикрепившихся к медицинским организациям застрахованных лиц.

4.5. Размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи и порядок определения 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 на территории Пензенской области, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи в месяц для однородных групп медицинских организаций по следующей формуле:

$$ДП_{Н}^i = Пн_{БАЗ} * СКД_{ИНТ}^i, \text{ где:}$$

$ДП_{Н}^i$ - дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i -той группы медицинских организаций, рублей

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

Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи определяется по каждой медицинской организации по следующей формуле:

$$КД_{ИНТ} = КД_{ПВС} * КД_{ЗП}, \text{ где:}$$

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

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

$КД_{ЗП}$ - коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации.

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

Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи объединяются в группу с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для группы ($СКД_{ИНТ}^i$)

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:

$$ПК = \frac{\sum_i (ДП_{Н}^i * Ч_3^i)}{Пн_{БАЗ} * Ч_3}, \text{ где:}$$

$Ч_3^i$ - численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той группе медицинских организаций, человек;

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации для группы медицинских организаций ($\Phi ДПн^i$) рассчитывается по формуле:

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

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

Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации в месяц, определяется (страховыми медицинскими организациями – ежемесячно и Комиссией по разработке ТПОМС на год и по кварталам) исходя из значения фактического дифференцированного подушевого норматива (приложение №27 к настоящему Тарифному соглашению), численности обслуживаемого населения, а также объемов медицинской помощи (фактических за месяц, распределенных решением Комиссии между медицинскими организациями), оплата которых осуществляется за вызов по следующей формуле:

$$\Phi О_{СМП} = \Phi ДПн^i * Ч_3^{ПР} + ОС_B, \text{ где:}$$

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

$Ч_3^{ПР}$ - численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек.

$ОС_B$ - размер средств, направляемых на оплату вызовов скорой медицинской помощи с применением тромболизиса, который определяется исходя из фактического количества вызовов скорой медицинской помощи с применением тромболизиса и тарифов на 1 вызов скорой медицинской помощи с применением тромболизиса.

В случае значительного отклонения фактически выполненных объемов скорой медицинской помощи от распределенных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объемов размер финансового обеспечения медицинской организации может быть скорректирован.

4.6. Структура тарифа на оплату единицы объема скорой медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, прочих материальных запасов, расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (обору-

дование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

IV. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества указан в приложении №5 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)» к настоящему Тарифному соглашению:

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи, представленный в приложении к настоящему Тарифному соглашению, соответствует требованиям Приказа ФФОМС от 01.10.2010 № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (с последующими изменениями) и требованиям пункта 127 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н (с последующими изменениями).

Приложение №5 к настоящему Тарифному соглашению содержит применяемые к медицинским организациям, участвующим в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, санкции (суммы не подлежащие оплате, уменьшения оплаты, размер штрафов) за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, а также этапы контроля (МЭК, МЭЭ, ЭКМП) при которых применяются соответствующие санкции.

V. заключительные положения.

1. Срок действия настоящего Тарифного соглашения.

1.1. Настоящая редакция Тарифного соглашения вводится в действие с 01.01.2018 года и действует до 31.12.2018 года по согласованию с представителями сторон, включенных в состав Комиссии по разработке ТПОМС в соответствии с требованиями ч.2 ст.30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с последующими изменениями).

1.2. Первым отчетным периодом формирования счетов и реестров оказанной медицинской помощи является январь 2018 года.

2. Порядок изменения настоящего Тарифного соглашения и порядок индексации тарифов.

2.1. При изменении тарифов (индексации тарифов) издается новая редакция Тарифного соглашения или оформляется дополнительное соглашение к Тарифному соглашению, которому присваивается номер и указывается дата введения в действие. Очередные редакции Тарифного соглашения или дополнительных соглашений вводятся в действие по согласованию с представителями всех сторон, включенных в состав Комиссии по разработке ТПОМС, в соответствии с требованиями ч.2 ст.30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обя-

зательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с последующими изменениями).

2.2. Индексация тарифов на медицинские услуги производится в пределах имеющихся финансовых ресурсов системы обязательного медицинского страхования.

2.3. Индексация тарифов осуществляется посредством изменения размера стоимости единицы объема медицинской помощи (базовой ставки финансирования медицинской помощи) по условиям оказания медицинской помощи и/или изменения базовых ставок подушевых нормативов финансирования первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, и скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинских организаций.

3. Неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения являются:

3.1. Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации ТПОМС на 2018 год, по уровням оказания медицинской помощи.

3.2. Нормативная кратность посещений в одном обращении по поводу заболевания и коэффициенты стоимости (относительные, поправочные) амбулаторных посещений с профилактической и иными целями и обращений по поводу заболеваний по каждой врачебной специальности.

3.3. Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ), действующий с 01.01.2018г.

3.4. Объем диспансеризации и число медицинских мероприятий, составляющее 100 % и 85% от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина при прохождении диспансеризации.

3.5. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи).

3.6. Классификатор клинико-статистических групп (КСГ) для круглосуточного стационара.

3.6.1. Схема лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые разных уровней (1-10), в условиях круглосуточного стационара.

3.7. Тарифы за услугу - за проведение одной процедуры гемодиализа и за 1 день лечения (обмена) при проведении заместительной почечной терапии (ЗПТ) методом перитонеального диализа или методом перитонеального диализа с использованием автоматизированных технологий в условиях дневного стационара, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, действующие с 01.01.2018.

3.7.1. Тарифы за услугу – за проведение процедур заместительной почечной терапии (ЗПТ) в условиях круглосуточного стационара, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, действующие с 01.01.2018.

3.7.2. Тарифы за услугу - за проведение одной процедуры гемодиализа и за 1 день лечения (обмена) при проведении заместительной почечной терапии (ЗПТ) методом перитонеального диализа в амбулаторных условиях по поводу заболевания, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, действующие с 01.01.2018.

3.8. Классификатор клинико-статистических групп (КСГ) для дневного стационара.

3.8.1. Схема лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые разных уровней (1-8), в условиях дневного стационара.

3.9. Перечень клинико-статистических групп (КСГ), по которым оплата осуществляется по полному тарифу независимо от длительности лечения в условиях дневного стационара.

3.10. Тарифы на один законченный случай лечения в условиях дневного стационара при оплате на основе клинико-статистических групп (КСГ), применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, действующие с 01.01.2018.

3.11. Тарифы за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, действующие с 01.01.2018.

3.12. Тарифы за проведение 1 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.10.2017 №869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», проводимого мобильными медицинскими бригадами, действующие с 01.01.2018.

3.13. Тарифы за законченный случай диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, за счет средств ОМС, действующие с 01.01.2018.

3.14. Тарифы за законченный случай диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронажную семью, проводимой в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения РФ от 11.04.2013 №216н, за счет средств ОМС, действующие с 01.01.2018.

3.15. Тарифы за законченный случай проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, проведение которых осуществляется в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения РФ от 10.08.2017 №514н, действующие с 01.01.2018.

3.16. Тарифы на простые медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях (амбулаторная хирургия), применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, действующие с 01.01.2018.

3.17. Тарифы на диагностические исследования, проводимые в амбулаторных условиях, для взрослого и детского населения, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, действующие с 01.01.2018.

3.18. Тарифы за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, действующие с 01.01.2018.

3.19. Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической и иными целями и по поводу заболевания.

3.20. Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях (профилактически и иными целями, и по поводу заболевания) на прикрепившихся лиц, в месяц, для групп медицинских организаций, действующий с 01.01.2018.

3.21. Тарифы на один законченный случай лечения в условиях круглосуточного стационара при оплате на основе клинико-статистических групп (КСГ), применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, для медицинских организаций I уровня оказания медицинской помощи, действующие с 01.01.2018.

3.22. Тарифы на один законченный случай лечения в условиях круглосуточного стационара при оплате на основе клинико-статистических групп (КСГ), применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, для медицинских организаций II уровня 1-го подуровня оказания медицинской помощи, действующие с 01.01.2018.

3.22.1 Тарифы на один законченный случай лечения в условиях круглосуточного стационара при оплате на основе клинико-статистических групп (КСГ), применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, для медицинских организаций II уровня 2-го подуровня оказания медицинской помощи, действующие с 01.01.2018.

3.23. Тарифы на один законченный случай лечения в условиях круглосуточного стационара при оплате на основе клинико-статистических групп (КСГ), применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, для медицинских организаций III уровня 1-го подуровня оказания медицинской помощи, действующие с 01.01.2018.

3.23.1. Тарифы на один законченный случай лечения в условиях круглосуточного стационара при оплате на основе клинико-статистических групп (КСГ), применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, для медицинских организаций III уровня 3-го подуровня оказания медицинской помощи (расположенных на территории закрытых административных территориальных образований), действующие с 01.01.2018

3.24. Тарифы на один законченный случай госпитализации и поправочные коэффициенты клинико-статистических групп (КСГ) – интегрированные коэффициенты оплаты по профилям медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, для федеральных медицинских организаций III уровня 2-го подуровня оказания медицинской помощи, действующие с 01.01.2018.

3.25. Тарифы на оплату законченных случаев в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС, действующие с 01.01.2018.

3.26. Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи.

3.27. Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинских организаций в месяц для группы медицинских организаций, действующий с 01.01.2018г.

3.28. Тарифы на оплату единиц объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации (вызов скорой медицинской помощи) применяемых, в том числе для межтерриториальных расчетов, действующие с 01.01.2018.

3.29. Тарифы на диагностические (лабораторные) исследования и процедуры для взаиморасчетов между медицинскими организациями, включенными в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Пензенской области, в рамках Территориальной программы ОМС за счет средств, предусмотренных в структуре тарифов на оплату медицинской помощи по Базовой программе ОМС по прочим работам, услугам, действующие с 01.01.2018.

3.30. Справочник соответствия кодов клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) лицензированным видам медицинской помощи по круглосуточному стационару, действующий с 01.01.2018.

3.31. Справочник соответствия кодов клинико - статистических групп заболеваний (КСГ) лицензированным видам медицинской помощи по дневному стационару, действующий с 01.01.2018.

3.32 Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, используемый при оплате первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по дифференцированным подушевым нормативам.

3.33. Максимальный размер средств на осуществление ежемесячных выплат стимулирующего характера в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности по п.1.1-1.6. и 2.1 - 2.2 приложения №32 к настоящему Тарифному соглашению по каждой медицинской организации, имеющей прикрепившееся население, на 2018 год.

3.34. Максимальный размер средств на осуществление выплат не чаще 1 раза в квартал стимулирующего характера в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности по п.2.3. приложения №32 к настоящему Тарифному соглашению по каждой медицинской организации, имеющей прикрепившееся население, на 2018 год.

4. Иные аспекты оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования.

4.1. Оплата медицинской помощи (медицинских услуг) производится ежемесячно за счет средств системы обязательного медицинского страхования, направляемых на финансирование ТПОМС на основании признанных достоверными счетов за оказанную медицинскую помощь в рамках ТПОМС застрахованным лицам.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках Программы ОМС медицинскими организациями, производится страховыми медицинскими организациями на основании Договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию по согласованным тарифам в пределах средств, переданных Территориальным фондом ОМС Пензенской области страховым медицинским организациям в соответствии с Договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

Страховая медицинская организация и территориальный фонд обязательного медицинского страхования Пензенской области (в части оплаты счетов за лечение лиц, застрахованных за пределами Пензенской области) ежемесячно производят оплату предъявленных медицинской организацией счетов, признанных достоверными, на основании актов, оформленных по результатам контроля и экспертизы, проведенных в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, количества и условий представления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным Приказом ФФОМС от 01.10.2010 № 230 (с последующими изменениями). Оплата счетов осуществляется за вычетом суммы, не подлежащей оплате в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи, представленным в приложении №5 к настоящему Тарифному соглашению.

Порядок и сроки расчетов устанавливаются условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и Правилами ОМС, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011 №158н (с последующими изменениями).

4.2. Тарифы на медицинскую помощь, оказываемую в рамках ТПОМС в 2018 году, включают расходы в соответствии с требованиями ч.7 ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с последующими изменениями).

4.3. При использовании средств ОМС должно соблюдаться условие не допущения снижения в 2018 году уровня заработной платы персоналу медицинских организаций относительно уровня 2017 года и условие достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации.

4.4. В целях выполнения порядков оказания медицинской помощи на основе стандартов медицинской помощи медицинским организациям, включенным в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Пензенской области, следует осуществлять взаиморасчеты за проведенные в рамках Базовой программы ОМС диагностические (лабораторные) исследования и процедуры по *«Тарифам на диагностические (лабораторные) исследования и процедуры для взаиморасчетов между медицинскими организациями, включенными в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Пензенской области, в рамках Территориальной программы ОМС за счет средств, предусмотренных в структуре тарифов на оплату медицинской помощи по*

Базовой программе ОМС по прочим работам, услугам», действующие с 01.01.2018, согласно приложению №29 к настоящему Тарифному соглашению.

4.5. Медицинская организация, осуществляющая свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования:

- ведет отдельный учет по операциям со средствами обязательного медицинского страхования;
- использует средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с ТПОМС, с установленной структурой тарифов на оплату медицинских услуг и настоящим Тарифным соглашением с учетом стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи в системе ОМС;
- использует средства обязательного медицинского страхования исходя из необходимости достижения заданных результатов с использованием наименьшего объема средств (экономности) и достижения наилучшего результата (результативности) и целевого характера.

4.6. Нецелевым использованием средств обязательного медицинского страхования является направление средств и оплата денежных обязательств в целях, не соответствующих полностью или частично целям, определенным ТПОМС, договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

4.7. Территориальный фонд осуществляет контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, в том числе проводит проверки и ревизии организаций любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы, индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность.

Проверки проводятся по месту нахождения страховой медицинской организации и медицинской организации (или по месту фактического осуществления ее деятельности), в том числе:

- комплексная проверка, при которой рассматривается совокупность вопросов, связанных с использованием средств ОМС за определенный период деятельности страховой медицинской организации и медицинской организации;
- тематическая проверка, при которой рассматриваются отдельные вопросы, связанные с использованием средств ОМС, с соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании;
- контрольная проверка, при которой рассматривается устранение нарушений и недостатков медицинской организацией в использовании средств ОМС; рассматриваются результаты работы страховой медицинской организации по устранению нарушений и недостатков, ранее выявленных в ходе комплексной или тематической проверки.

4.8. За использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинская организация уплачивает в бюджет Территориального фонда штраф в размере 10 процентов от суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки. Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования.

4.9. В случае выявления фактов нарушения законодательства об обязательном медицинском страховании, требующих незамедлительных мер по их устранению, в случае неисполнения медицинской организацией требований Территориального фонда о возврате средств, в том числе использованных не по целевому назначению, и (или) об уплате штрафа, пеней, а также в случае не устранения выявленных нарушений в установленные сроки, Территориальный фонд вправе направить соответствующую информацию и материалы проверки в правоохранительные и судебные органы для привлечения виновных лиц к ответственности.

4.10. В случае выявления в деятельности страховой медицинской организации (филиала страховой медицинской организации) фактов нарушения законодательства об обязательном медицинском страховании, требующих незамедлительных мер по их устранению, в случае неисполнения страховой медицинской организацией (филиалом страховой медицинской организации) требований территориального фонда о возврате средств, в том числе использованных не по целевому назначению, и об уплате штрафов, пеней, а также в случае не устранения выявленных нарушений в установленные сроки, Территориальный фонд вправе направить соответствующую информацию и материалы проверки в правоохранительные и судебные органы для привлечения виновных лиц к ответственности.

4.11. При проведении медико-экономического контроля и повторного медико-экономического контроля на предмет соответствия клинико - статистических групп заболеваний (КСГ) лицензированным видам медицинской помощи используются приложения №№30, 31 к настоящему Тарифному соглашению.

5. Представители сторон, участвующие в подписании Тарифного соглашения, включенные в состав Комиссии по разработке ТПОМС:

5.1. От органа исполнительной власти Пензенской области, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти Пензенской области:

Министр здравоохранения
Пензенской области
(председатель Комиссии)

_____ / В.В. Стрючков

Заместитель Министра
здравоохранения Пензенской области

_____ / О.В. Чижова

Начальник отдела государственных гарантий ОМС
и целевых программ Министерства здравоохранения
Пензенской области

_____ / О.А. Евдокимова

5.2. От Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пензенской области:

Директор ТФОМС Пензенской области,
заместитель председателя Комиссии

_____ / Е.А. Аксенова

Начальник управления по формированию
и финансированию ТП ОМС
ТФОМС Пензенской области

_____ / И.В. Жучкова

Начальник отдела экономического
обоснования, формирования и анализа
ТПОМС ТФОМС Пензенской области

_____ / Л.В. Савинова

5.3. От страховых медицинских организаций:

И.о. директора филиала АО «МАКС-М»
в г. Пензе _____ / Д.А. Гагаринский

Директор Филиала ООО «РГС-Медицина» -
«Росгосстрах-Пенза-Медицина» _____ / В.А. Ковалев

Заместитель директора Филиала ООО «РГС-
Медицина» - «Росгосстрах-Пенза-Медицина» _____ / И.А. Грешникова

5.4. От профессиональных медицинских союзов:

Председатель областной организации
Профсоюза работников здравоохранения
Российской Федерации _____ / Г.А. Попадюк

Правовой инспектор труда ЦК областной
организации Профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации
по Пензенской области _____ / С.В.Мальченков

Технический инспектор труда ЦК областной
организации Профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации
по Пензенской области _____ / Р.Ю. Исаков

5.5. От региональной общественной организации по защите прав и законных интересов медицинских и фармацевтических работников «Врачебная Палата» Пензенской области:

Член региональной общественной организации по защите прав и
законных интересов медицинских и фармацевтических работников
«Врачебная палата» Пензенской области, врач статистик отдела
учета и медицинской статистики организационно-методического
отдела ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко» _____ / Ю.А. Орлов

Член региональной общественной организации по защите прав и
законных интересов медицинских и фармацевтических работников
«Врачебная палата» Пензенской области,
главный врач ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н. Н. Бурденко» _____ / А.В. Никишин

Член региональной общественной организации по
защите прав и законных интересов медицинских
и фармацевтических работников «Врачебная Палата»
Пензенской области, главный врач
ГБУЗ «Областной онкологический диспансер» _____ / В.С. Серебряков