

**Одобрено решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи**

**(протокол заседания от 9 декабря 2016 года № 66/11/18)**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

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

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

## **1. Введение**

Оплата медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования с применением клинико-статистических групп (далее – КСГ) впервые внедрена в Российской Федерации с 2013 года. На протяжении последних лет модель КСГ совершенствовалась путем расширения и увеличения количества групп.

Так, в 2013 году была разработана модель с применением 187 КСГ, а в 2016 году уже оплачивается 308 КСГ в стационарных условиях, и впервые для дневных стационаров - 118 групп.

Регулярная актуализация модели позволяет точнее классифицировать случаи госпитализации и реализовывать основной принцип оплаты по КСГ: справедливость, то есть большая оплата за больший объем оказанной помощи с учетом ее сложности.

Настоящие рекомендации по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе групп заболеваний, в том числе КСГ и клинико-профильных групп (далее - КПГ), за счет средств системы обязательного медицинского страхования разработаны с учетом опыта использования субъектами Российской Федерации модели КСГ в 2016 году на основе научно-исследовательской работы по теме: «Научное обоснование направлений совершенствования модели клинико-статистических групп для оплаты специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара», выполненной ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации».

В разработанную модель КСГ включено несколько новых КСГ как для дневного, так и для круглосуточного стационаров; в части ряда КСГ произошла перегруппировка кодов заболеваний и услуг; предусмотрена возможность (на усмотрение субъектов Российской Федерации) не использовать коэффициент уровня оказания медицинской помощи для оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара, уточнен перечень случаев госпитализации, в отношении которых целесообразно применять коэффициент сложности лечения пациента, расширен справочник возрастных категорий, являющихся классификационными критериями отнесения случая к КСГ (включена новая категория от 0 дней до 2 лет), определены правила оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований.

## 2. Основные понятия и термины

Для целей реализации настоящих рекомендаций устанавливаются следующие основные понятия и термины.

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

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

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

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

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

**Коэффициент относительной затратноемкости** - устанавливаемый настоящими рекомендациями коэффициент затратноемкости клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний, отражающий отношение ее затратноемкости к базовой ставке;

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

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

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

**Коэффициент уровня оказания медицинской помощи** - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий

учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

**Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи** - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами и рассчитанный в соответствии с установленными правилами;

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

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

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

### **3. Основные подходы к оплате медицинской помощи по КСГ И КПГ**

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях)) и в условиях дневного стационара, **постановлением Правительства Российской Федерации от \_\_\_ декабря 2016 года № \_\_\_ «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» (далее - Программа)** установлены следующие способы оплаты:

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-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.

Оплата за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях

дневного стационара, по КСГ (КПГ) осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

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

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

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, для которых Программой установлена средняя стоимость оказания медицинской помощи, в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

- процедур диализа, включающих различные методы (оплата осуществляется за услугу).

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

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

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

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

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

- на основе КПГ, объединяющих заболевания;
- на основе КСГ, объединяющих заболевания.

При этом не исключается возможность сочетания использования этих способов оплаты при различных заболеваниях. Все КСГ распределены по профилям медицинской помощи - при этом часть диагнозов, хирургических операций и других медицинских технологий могут использоваться в смежных профилях, а часть являются универсальными для применения их в нескольких профилях. При оплате медицинской помощи в подобных случаях отнесение КСГ к конкретной КПП не учитывается. Например, при оказании медицинской помощи на терапевтических койках ЦРБ пациенту с диагнозом «Бронхиальная астма», который относится к КСГ «Астма», оплата производится по соответствующей КСГ, вне зависимости от того, что данная КСГ входит в КПП "Пульмонология". Конкретный способ оплаты медицинской помощи при различных заболеваниях устанавливается территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Формирование КПП осуществляется на основе профилей медицинской деятельности в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 года № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи».

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

1. Основные классификационные критерии:

а. Диагноз (код по МКБ 10);  
б. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 г. № 1664н (далее – Номенклатура), при наличии;

2. Дополнительные классификационные критерии:

а. Возрастная категория пациента;  
б. Сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ 10);  
с. Пол;  
д. Длительность лечения.

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

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

При наличии нескольких хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет наиболее высокий коэффициент относительной затратоемкости. В ряде случаев, предусмотренных Инструкцией, 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. Если пациенту оказывалось оперативное лечение, то выбор между применением КСГ, определенной в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10, и КСГ, определенной на основании кода Номенклатуры, осуществляется в соответствии с правилами, приведенными в Инструкции.

При оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, по КСГ в составе стандартных КСГ в тарифном соглашении могут быть выделены подгруппы, в том числе с учетом дополнительных критериев, устанавливаемых в субъекте Российской Федерации. При этом дополнительный классификационный критерий должен быть в обязательном порядке включен в реестр счетов, формируемый медицинскими организациями и передаваемый в ТФОМС. В качестве дополнительных классификационных критериев могут быть определены: длительное пребывание в реанимации или использование дорогостоящих реанимационных технологий, дорогостоящих медикаментов (расходных материалов), уровень оказания медицинской помощи в случае сложившейся однообразной этапности ее оказания для конкретной КСГ.

Выделение дорогостоящих медикаментов (расходных материалов) в качестве дополнительных классификационных критериев возможно при наличии конкретных показаний, определенных клиническими рекомендациями (протоколами лечения) в ограниченном количестве случаев, входящих в базовую КСГ, только для лекарственных препаратов, входящих в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, и расходных материалов, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Дифференцирующими признаками в таких подгруппах могут быть услуги по применению конкретных лекарственных препаратов. Уровень затрат определяется исходя из сложившегося среднего уровня закупочных цен на данные препараты в субъекте Российской Федерации либо в соответствии с зарегистрированными предельными отпускными ценами.

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

СКЗ рассчитывается по формуле:

$$\text{СКЗ} = \frac{\sum(\text{КЗ}_i \times \text{Ч}_{\text{СЛ}}^i)}{\sum \text{Ч}_{\text{СЛ}}}, \text{ где:}$$

$\text{КЗ}_i$                     весовой коэффициент затроемкости подгруппы  $i$ ;

$\text{Ч}_{\text{СЛ}}^i$                     количество случаев, пролеченных по подгруппе  $i$ ;

$\text{Ч}_{\text{СЛ}}$                     количество случаев в целом по группе.

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

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

$$\text{ФО}_{\text{МО}} = \sum \text{СС}_{\text{КСГ/КПГ}}, \text{ где:}$$

$\text{ФО}_{\text{МО}}$                     размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;

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

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

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

$$\text{СКЗ}_{\text{СТ}} = \sum \frac{\text{Ч}_{\text{СЛ}}^i \times \text{КЗ}_{\text{КСГ/КПГ}}}{\text{Ч}_{\text{СЛ}}}, \text{ где:}$$

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



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

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

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

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

- среднюю длительность пребывания в стационаре;
- уровень и структуру заболеваемости в круглосуточном стационаре;
- долю отдельных групп КСГ в стационарных условиях в общем количестве законченных случаев: №11, №74, №144, №145, №146, №154, №160, №222, №232, №243, №287;
- уровень и структуру заболеваемости в условиях дневного стационара;
- долю отдельных групп КСГ в условиях дневного стационара в общем количестве случаев лечения: №3, №33, №44, №45, №46, №52, №53, №54, №56, №62, №77, №82, №88, №102;
- структуру исходов лечения, в том числе уровень больничной летальности;
- оперативную активность;
- долю повторных госпитализаций по поводу одного и того же заболевания в течение 90 дней (за исключением заболеваний с курсовым лечением).

Данные по указанным показателям представляются субъектами Российской Федерации в Министерство здравоохранения Российской Федерации и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в рамках формы федерального статистического наблюдения №62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению», утвержденной приказом Федеральной службы государственной статистики от 24.08.2016 №445.

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

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

1. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПГ (базовая ставка);
2. Коэффициент относительной затратоемкости;
3. Коэффициент дифференциации, при наличии;

4. Поправочные коэффициенты:
- а. управленческий коэффициент;
  - б. коэффициент уровня оказания медицинской помощи;
  - с. коэффициент сложности лечения пациента.

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

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

БС                    размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), рублей;

КЗ<sub>КСГ/КПГ</sub>           коэффициент относительной затроемкости по КСГ или КПГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне);

ПК                    поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ (интегрированный коэффициент, устанавливаемый на региональном уровне);

КД                    коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 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» (далее – Постановление № 462).

Данный коэффициент используется в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации, в том числе для расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований.

В случае, если коэффициент дифференциации является единым для всей территории субъекта Российской Федерации, то данный коэффициент учитывается в базовой ставке.

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

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

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

- общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ или КПГ ( $Ч_{сл}$ );

- среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ или КПГ (СПК).

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

$$БС = \frac{ОС}{Ч_{сл} \times СПК}.$$

СПК рассчитывается по формуле:

$$СПК = \frac{\sum(КЗ_i \times ПК_i \times КД_i)}{Ч_{сл}}.$$

Размер базовой ставки устанавливается на год. Корректировка базовой ставки возможна в случае значительных отклонений фактических значений от расчетных не чаще одного раза в квартал. Расчет базовой ставки осуществляется отдельно для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара. При этом, учитывая особенности оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара в различных регионах, недопустимо отклонение базовой ставки для дневного стационара более чем на 30% процентов от нормативов, установленных территориальной Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи субъекта Российской Федерации.

Данное требование не применяется в случае, если число законченных случаев проведения заместительной почечной терапии методом диализа в субъекте Российской Федерации превышает пороговое значение, определяемое следующим образом:

$$Ч_{Д}^* = \frac{Н_{ОДС} \times Н_{ФЗДС} \times Ч_{зл} - ОС_{МТР}^{ДС} - ОС_{НСЗ}^{ДС} - ОС_{ВМП}^{ДС} - 0,7 \times Н_{ОДС} \times Н_{ФЗДС} \times Ч_{зл} \times СПК}{Н_{Д}^{ДС} - 0,7 \times СПК \times Н_{ФЗДС}}, \text{ где}$$

$Ч_{Д}^*$	пороговое значение числа законченных случаев проведения заместительной почечной терапии методом диализа;
$Н_{ОДС}$	норматив объема медицинской помощи в условиях дневного стационара, установленный территориальной программой ОМС;
$Н_{ФЗДС}$	норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в условиях дневного стационара, установленный территориальной программой ОМС;
$Ч_{зл}$	численность застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации;
$ОС_{МТР}^{ДС}$	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;
$Н_{Д}^{ДС}$	средняя стоимость законченного случая проведения заместительной почечной терапии методом диализа, рассчитанная в соответствии с рекомендованными тарифами на оплату процедур диализа (приложение № 4 к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС).

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

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

#### **4.2. Коэффициент относительной затратоемкости КСГ или КПП**

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

#### **4.3. Поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПП**

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

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

$КУ_{КСГ/КПП}$  управленческий коэффициент по КСГ или КПП, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ или КПП);

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

$КСЛП$  коэффициент сложности лечения пациента (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данного случая).

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

### 4.3.1. Управленческий коэффициент

Управленческий коэффициент ( $KU_{\text{КСГ/КПГ}}$ ) устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации, для конкретной КСГ или КПГ.

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

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

Управленческий коэффициент необходимо устанавливать таким образом, чтобы средневзвешенный управленческий коэффициент (с учетом количества случаев по каждой КСГ) был равен 1 (применение повышающего коэффициента к одним КСГ должно сопровождаться сопоставимым применением понижающего коэффициента к другим КСГ с целью соблюдения принципов "бюджетной нейтральности").

Условие применения управленческого коэффициента:

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

$Ч_{слj}$  число пролеченных случаев по клинко-статистической группе  $j$ ;

$Ч_{сл}$  число пролеченных случаев;

$KU_j$  управленческий коэффициент, применяемый к клинко-статистической группе  $j$ ;

$KЗ_j$  коэффициент относительной затроекости по клинко-статистической группе  $j$ .

Суммирование в числителе и знаменателе формулы осуществляется по всем клинико-статистическим группам.

Число пролеченных случаев по каждой КСГ определяется на основании фактических данных о числе случаев лечения в разрезе КСГ за прошедший год или на основании планового количества случаев лечения по каждой КСГ.

Значение управленческого коэффициента не может превышать 1,4.

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

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

К КСГ, включающим оплату медицинской помощи при заболеваниях, лечение которых должно преимущественно осуществляться в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара (перечень представлен в Инструкции), применение повышающего управленческого коэффициента нецелесообразно.

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

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

Решение по установлению коэффициента уровня оказания медицинской помощи для КСГ в условиях дневного стационара принимается на уровне субъекта Российской Федерации. При отсутствии различий в оказании медицинской помощи в дневном стационаре в медицинских организациях разного уровня субъект Российской Федерации может отказаться от установления коэффициента уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований

на различных уровнях оказания медицинской помощи.

Средние значения коэффициента уровня оказания медицинской помощи, рекомендуемые для установления в тарифных соглашениях субъектов Российской Федерации составляют:

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

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

С учетом объективных критериев (разница в используемых энергоносителях, плотность населения обслуживаемой территории, монопрофильная медицинская организация, например, инфекционная больница, и т.д.), основанных на экономическом обосновании и расчетах, выполненных в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н в составе Правил обязательного медицинского страхования, по каждому уровню могут выделяться не более 5 подуровней оказания медицинской помощи с установлением коэффициентов по каждому подуровню.

Границы значений коэффициента подуровня оказания медицинской помощи, рекомендуемые для установления в тарифных соглашениях субъектов Российской Федерации:

- 1) для медицинских организаций 1-го уровня - от 0,7 до 1,2;
- 2) для медицинских организаций 2-го уровня - от 0,9 до 1,3;
- 3) для медицинских организаций 3-го уровня - от 1,1 до 1,5;
- 3.1) для федеральных медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в пределах нескольких субъектов Российской Федерации - от 1,4 до 1,7.

Для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых-административных территориальных образований, выделяют подуровень в пределах соответствующего уровня оказания медицинской помощи с установлением значения коэффициента подуровня оказания медицинской помощи не менее 1,2.

Однако средневзвешенный коэффициент уровня (СКУС<sub>i</sub>) оказания медицинской помощи каждого уровня не может превышать рекомендованные средние значения. СКУС<sub>i</sub> рассчитывается по формуле:

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



СКУС <sub>i</sub>	средневзвешенный коэффициент уровня <i>i</i> ;
КУС <sub>моj</sub>	коэффициент подуровня <i>j</i> ;
Чсл <sub>j</sub>	число случаев, пролеченных в стационарах с подуровнем <i>j</i> ;
Чсл <sub>i</sub>	число случаев в целом по уровню.

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

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

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

Учитывая, что различия в затратах на оказание медицинской помощи учтены при расчете коэффициентов затратноемкости, применение коэффициента уровня оказания медицинской помощи при оплате медицинской помощи по ряду КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне оказания медицинской помощи, считается нецелесообразным. Перечень КСГ, для которых не рекомендуется применять коэффициент уровня оказания медицинской помощи, приведен в Инструкции. На уровне субъекта Федерации данный перечень может быть расширен.

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

### **4.3.3. Коэффициент сложности лечения пациента**

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

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

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

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

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

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

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

### **5.1. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи**

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

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно. Перечень групп, по которым целесообразно осуществлять оплату в полном объеме независимо от длительности лечения, представлен в Инструкции.

При этом если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80 - 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Конкретная доля оплаты данных случаев устанавливается в тарифном соглашении. Если хирургическое лечение либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере не более 50% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10). При этом в регионе может устанавливаться дифференцированный подход к оплате указанных случаев в зависимости от фактического количества дней лечения.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара (в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар - на усмотрение субъекта Российской Федерации), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного

заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами. При этом если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

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

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

Медицинская помощь, в том числе в неотложной форме, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками и на основе стандартов медицинской помощи, может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, и оплачивается медицинскими организациями педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, по соответствующей КСГ (КПГ).

После оказания в медицинской организации, в том числе федеральной медицинской организации, высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по КСГ, формируемой по коду МКБ 10.

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

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники

финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее - Перечень). Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой (с учетом коэффициента дифференциации, рассчитанного в соответствии с Постановлением № 462, и применяемого к доле расходов на заработную плату). 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. При этом размер тарифа на оплату медицинской помощи, рассчитанный по КСГ с учетом применения поправочных коэффициентов (за исключением коэффициента сложности лечения пациента), не должен превышать норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи медицинской помощи по соответствующему методу.

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

Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях круглосуточного, а также дневного стационара (в т.ч. в реабилитационных отделениях поликлиник и санаторно-курортных организаций). Критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по «Модифицированной шкале Рэнкин (mRS)». При оценке по шкале Рэнкин 3-4-5 пациент получает реабилитацию в условиях круглосуточного реабилитационного стационара с оплатой по соответствующей КСГ.

При оценке 3 и менее пациент получает реабилитационную помощь в условиях дневного стационара (в т.ч. в реабилитационных отделениях поликлиник и санаторно-курортных организаций).

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

Учитывая особенности оказания, а также пожизненный характер проводимого лечения и, соответственно, оплаты медицинской помощи при проведении процедур диализа, включающего различные методы, для оплаты указанных процедур, оказываемых в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу. При этом стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения. Перечень рекомендованных тарифов (без учета коэффициента дифференциации) на оплату процедур диализа с учетом применения различных методов представлен в Приложении 4.

Применение коэффициента дифференциации (при наличии) к стоимости услуги осуществляется с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи. Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг недопустимо. Учитывая единственный, законодательно установленный, способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара - законченный случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество процедур в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения. В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре. При этом в период лечения как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. В случае, если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

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

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

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

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- 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. Основные параметры оплаты первичной медико-санитарной помощи**

В соответствии с подпунктом 1 пункта 12.3 Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленных приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18 ноября 2014 года № 200 (далее – Требования), на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, определяется средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$\Phi O_{\text{CP}}^{\text{АМБ}} = \frac{(N_{\text{ПРОФ}} \times N_{\text{ФЗПРОФ}} + N_{\text{ОЗ}} \times N_{\text{ФЗОЗ}} + N_{\text{НЕОТЛ}} \times N_{\text{ФЗНЕОТЛ}}) \times Чз - O_{\text{СМТР}}}{Чз},$$

где:

$\Phi O_{\text{CP}}^{\text{АМБ}}$  – средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации

территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

Но<sub>ПРОФ</sub>

средний 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, посещений;

Но<sub>ОЗ</sub>

средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, обращений;

Но<sub>НЕОТЛ</sub>

средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;

Нф<sub>ПРОФ</sub>

средний 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, рублей;

Нф<sub>ОЗ</sub>

средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

НФз <sub>НЕОТЛ</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
ОС <sub>МТР</sub>	размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей;
Чз	численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек.

## 2.1. 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, по следующей формуле:

$$ПН_{БАЗ1} = \frac{(ФО_{СР}^{АМБ} \times Чз - ОС_{ЕО1})}{Чз}, \text{ где:}$$

ПН <sub>БАЗ1</sub>	базовый (средний) подушевой норматив финансирования, рублей;
ОС <sub>ЕО1</sub>	размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц (далее – подушевой норматив) не включаются:

– расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий



граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;

- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;
- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме.

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

При этом в субъекте Российской Федерации в подушевой норматив могут не включаться отдельные виды расходов (на стоматологическую медицинскую помощь, медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» и т.п., расходы на оплату услуг магнитно-резонансной томографии и компьютерной томографии и других видов дорогостоящих исследований).

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

Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования вне зависимости от применяемого способа оплаты устанавливаются единые базовые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, в том числе применяемые при внутриучрежденческих, межучрежденческих (осуществляются страховыми медицинскими организациями) и межтерриториальных (осуществляются территориальными фондами обязательного медицинского страхования) расчетах, в соответствии с подпунктом 3 пункта 12.3 Требований.

## **2.2. 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, установленных пунктом 4 Требований, в субъекте Российской Федерации рассчитывается дифференцированный подушевой норматив для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций по следующей формуле:

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

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

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

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

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

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

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

$КД_{СП}$  коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских пунктов и т.п.) (при необходимости);

$КД_{ПН}$  коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность прикрепленного населения субъекта Российской Федерации (при необходимости);

$КД_{СИ}$  коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества медицинских организаций (при необходимости);

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

$КД_{СУБ}$  районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации или г. Байконура законодательными и

иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР или расчетный уровень индекса бюджетных расходов, установленные для территории, на которой расположена медицинская организация (в соответствии с пунктом 6 Требований).

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

При этом при расчете каждого коэффициента дифференциации значение, равное 1, соответствует средневзвешенному уровню.

Значение интегрированного коэффициента дифференциации для медицинской организации рекомендуется осуществлять по следующему алгоритму:

1) Определяются необходимые коэффициенты дифференциации, которые учитывают объективные различия в организации медицинской помощи прикрепившемуся населению к разным медицинским организациям из числа коэффициентов КДсп, КДПН, КДСИ, КДзп, КДСУБ. КДпв является обязательным для применения.

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

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации распределяется на половозрастные группы (подгруппы) в соответствии с пунктами 7,8 Требований. При этом в соответствии с пунктом 7 Требований для каждой половозрастной группы (подгруппы) рассчитываются единые значения коэффициента дифференциации в пределах субъекта Российской Федерации. Указанные коэффициенты устанавливаются тарифным соглашением субъекта в соответствии с подпунктом 4 пункта 12.3 Требований.

Расчет коэффициентов потребления медицинской помощи по половозрастным группам проводится на основе данных о фактической стоимости оказанных медицинских услуг в субъекте Российской Федерации, включаемых в состав базового (среднего) подушевого норматива финансирования.

Рекомендуемый расчетный период для определения половозрастных коэффициентов дифференциации составляет 1 год, но не менее 6 месяцев, предшествующие утверждению тарифного соглашения в системе ОМС субъекта Российской Федерации.

2) По каждому коэффициенту дифференциации определяются значения.

Примерный порядок объединения медицинских организаций в однородные (по уровню затрат) группы с точки зрения потребности в затратах на организацию и оказание медицинской помощи с использованием факторов дифференциации представлен в Инструкции.

КДСУБ используется в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации, в том числе для расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований.

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

В случае применения КДСУБ следует исключить применение коэффициентов дифференциации, учитывающих аналогичные особенности.

По КД<sub>ПВ</sub>, КД<sub>ЗП</sub>, КДСУБ – медицинские организации группируются в пределах интервалов индивидуальных значений.

3) Рассчитывается интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива для медицинских организаций в соответствии с формулой (КД<sub>ИНТ</sub>).

4) Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива ранжируются от максимального до минимального значения и, в случае существенных различий, объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой группы СКД<sub>ИНТ</sub><sup>i</sup>.

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

$$ПК = \frac{\sum_i (ДПН^i \times Ч_3^i)}{ПН_{БАЗ} \times Ч_3}, \text{ где}$$

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

Фактический дифференцированный подушевой норматив для  $i$ -той группы (подгруппы) 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 (подгруппы) медицинских организаций, рублей.

Распределение застрахованных лиц по медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, устанавливается на начало соответствующего года и может корректироваться на основании данных регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц.

### 3. Порядок оплаты первичной медико-санитарной помощи

#### 3.1. Оплата первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи

При оплате первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи предельный размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, определяется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива по следующей формуле:

$$\Phi O_{\text{ПРЕД}} = \Phi ДПн^i \times Чз^{\text{ПР}}, \text{ где:}$$

$\Phi O_{\text{ПРЕД}}$  предельный размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, рублей;

$Чз^{\text{ПР}}$  численность застрахованных лиц, прикрепленных к данной медицинской организации, человек.

Фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, складывается исходя из фактически оказанных объемов медицинской помощи:

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

$\Phi O_{\text{ФАКТ}}$  фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, рублей;

$O_{\text{МП}}$  фактические объемы первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, посещений (обращений);

$T_i$  тариф за единицу объема медицинской первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, для  $i$ -той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей.

Фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, не может превышать предельный размер финансового обеспечения. При этом выполнение объемов учитывается нарастающим итогом с начала года.

При выполнении медицинской организацией годовых объемов медицинской помощи, распределенных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования с учетом потребности прикрепленного населения в данной медицинской помощи, предельный и фактический размеры финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, равны.

Тарифы за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, для  $i$ -той группы (подгруппы) медицинских организаций определяются исходя из устанавливаемых тарифным соглашением субъекта Российской Федерации единых для всех медицинских организаций субъекта Российской Федерации, включенных в один уровень оказания медицинской помощи, базовых тарифов на единицу объема медицинской помощи, а также средневзвешенного интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива, определенного для  $i$ -той группы (подгруппы) медицинских организаций:

$$T_i = T_{\text{БАЗ}} \times \text{СКД}_{\text{ИНТ}}^i, \text{ где:}$$

$T_{\text{БАЗ}}$  базовый тариф за единицу объема медицинской первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, рублей.

### **3.2. 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**

При оплате 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 в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

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

$$ОС_{\text{пн}} = \text{ДПн} \times \text{Чз}^{\text{пр}} + ОС_{\text{рд}}, \text{ где:}$$

$ОС_{\text{пн}}$	финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, рублей;
$Чз^{\text{пр}}$	численность застрахованных лиц, прикрепленных к данной медицинской организации, человек;
$ОС_{\text{рд}}$	размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, рублей.

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

Показатели результативности деятельности, порядок их применения и целевые значения устанавливаются Тарифным соглашением в соответствии с подпунктом 3 пункта 11.1 Требований. Посредством указанных показателей следует учитывать в обязательном порядке выполнение установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации объемов медицинской помощи. Рекомендуемый перечень показателей представлен в Приложении 5. При этом коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами, заключаемыми в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права и регулирующие системы оплаты труда в медицинских организациях, в том числе системы доплат и надбавок стимулирующего характера и системы премирования, необходимо предусмотреть стимулирующие выплаты медицинским работникам за достижение аналогичных показателей.

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

В рамках применения данного способа оплаты помимо расходов на финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях соответствующей медицинской организацией, в состав подушевого норматива могут включаться расходы на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной в иных условиях (медицинской помощи,

оказанной в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, скорой медицинской помощи), а также иными медицинскими организациями. Подходы к формированию указанных подушевых нормативов представлены в Инструкции.

### **3.3. Оплата медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)**

При оплате медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи в определенных Программой случаях размер финансового обеспечения медицинской организации складывается исходя из фактически оказанных объемов медицинской помощи определяется по следующей формуле:

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

$\Phi O_{\text{ФАКТ}}$  фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;

$O_{\text{МП}}$  фактические объемы первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, посещений (обращений);

$T$  тариф за единицу объема медицинской первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, рублей.

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

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

Рекомендованные поправочные коэффициенты стоимости обращения с учетом кратности посещений по поводу заболеваний по основным специальностям приведены в Приложении 6. По специальностям, не включенным в указанное приложение, расчеты выполняются в субъектах Российской Федерации самостоятельно в соответствии с фактическими данными. Для федеральных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в пределах нескольких субъектов Российской Федерации, устанавливаются повышающие коэффициенты к стоимости единицы объема медицинской помощи от 1,4 до 1,7.



В качестве особенностей оплаты отдельных видов медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, следует отметить следующие.

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну процедуру экстракорпорального диализа и один день перитонеального диализа. При этом в целях учета объемов медицинской помощи целесообразно учитывать лечение в течение одного месяца как одно обращение (в среднем 13 процедур экстракорпорального диализа, 12-14 в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца). При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников. Тарифы на услуги устанавливаются дифференцированно по методам диализа (гемодиализ, гемодиализация, перитонеальный диализ). При этом, учитывая одинаковые затраты, абсолютная стоимость услуг диализа является одинаковой, независимо от условий его оказания. Перечень рекомендованных тарифов (без учета коэффициента дифференциации) на оплату процедур диализа с учетом применения различных методов представлен в Приложении 4. Применение коэффициента дифференциации (при наличии) к стоимости услуги осуществляется с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи.

Проведение диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является обращение, включающее в себя диспансерное наблюдение пациента в течение месяца. Установление тарифа на проведение диспансерного наблюдения пациента осуществляется исходя из кратности рекомендованных при данной патологии посещений врачей и диагностических исследований, в том числе с применением дистанционных технологий получения информации о функциональных и биохимических показателях состояния пациентов.

Рекомендованные значения тарифов на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан (без коэффициента дифференциации) представлены в Приложении 7. Указанные значения могут быть скорректированы с учетом охвата населения диспансеризацией и профилактическими осмотрами, а также половозрастной структуры населения.

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

Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях по тарифам с учетом УЕТ должна быть основана на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение, что является наиболее эффективным, так как сокращается время на вызов пациента, подготовку рабочего места, операционного поля, работу с документами и т.д. При этом для планирования объема финансовых средств на оплату стоматологической помощи в амбулаторных условиях учитывается средняя кратность УЕТ в одном посещении, которая по Российской Федерации составляет 3,8.

Рекомендованный классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, выраженной в УЕТ (далее – Классификатор), представлен в Приложении 8.

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

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

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

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

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

В соответствии с подпунктом 1 пункта 12.6 Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленных приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18 ноября 2014 года № 200 (далее – Требования), на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, определяется средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$\Phi O_{\text{СР}}^{\text{СМП}} = \frac{(N_{\text{ОСМП}} \times N_{\text{ФЗСМП}}) \times Чз - O_{\text{СМТР}}}{Чз}, \text{ где:}$$

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

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

$N_{\text{ФЗСМП}}$  средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации,

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

ОС<sub>МТР</sub>

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

Чз

численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек.

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

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

$$ПН_{БАЗ} = \frac{(ФО_{СР}^{СМП} \times Чз - ОС_{В})}{Чз}, \text{ где:}$$

ПН<sub>БАЗ</sub>

базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;

ОС<sub>В</sub>

размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам за вызов, рублей.

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

В субъекте Российской Федерации могут быть установлены дополнительные виды скорой медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов скорой помощи.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

КД <sub>ПВС</sub>	половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;
КД <sub>СР</sub>	коэффициент дифференциации, учитывающий средний радиус территории обслуживания (при наличии);
КД <sub>ПН</sub>	коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность населения субъекта Российской Федерации (при наличии);
КД <sub>СИ</sub>	коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества медицинских организаций (при наличии);
КД <sub>ЗП</sub>	коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации (при наличии);
КД <sub>СУБ</sub>	районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации или г. Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР или расчетный уровень индекса бюджетных расходов, установленные для территории, на которой расположена медицинская организация (в соответствии с пунктом 6 Требований).

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

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

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

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

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

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

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации распределяется на половозрастные группы (подгруппы) в соответствии с пунктами 7,8 Требований. При этом в соответствии с пунктом 7 Требований для каждой половозрастной группы (подгруппы) рассчитываются единые значения коэффициента дифференциации в пределах субъекта Российской Федерации. Указанные коэффициенты устанавливаются тарифным соглашением субъекта в соответствии с подпунктом 4 пункта 12.6 Требований.

Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи ранжируются от максимального до минимального значения и в случае существенных различий объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой группы (СКД<sub>ИНТ</sub><sup>i</sup>).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 в соответствии с механизмом, определенным тарифным соглашением субъекта Российской Федерации.



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

№	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
<b>1</b>	<b>Акушерское дело</b>	<b>0,50</b>
1	Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода	0,50
<b>2</b>	<b>Акушерство и гинекология</b>	<b>0,80</b>
2	Осложнения, связанные с беременностью	0,93
3	Беременность, закончившаяся абортным исходом	0,28
4	Родоразрешение	0,98
5	Кесарево сечение	1,01
6	Осложнения послеродового периода	0,74
7	Послеродовой сепсис	3,21
8	Воспалительные болезни женских половых органов	0,71
9	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
10	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов	0,46
11	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39
12	Операции на женских половых органах (уровень 2)	0,58
13	Операции на женских половых органах (уровень 3)	1,17
14	Операции на женских половых органах (уровень 4)	2,20
<b>3</b>	<b>Аллергология и иммунология</b>	<b>0,34</b>
15	Нарушения с вовлечением иммунного механизма	1,15
16	Ангионевротический отек, анафилактический шок	0,27
<b>4</b>	<b>Гастроэнтерология</b>	<b>1,04</b>
17	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	0,89
18	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
19	Болезни печени, невирусные (уровень 1)	0,86
20	Болезни печени, невирусные (уровень 2)	1,21
21	Болезни поджелудочной железы	0,93
<b>5</b>	<b>Гематология</b>	<b>1,37</b>
22	Анемии (уровень 1)	1,12
23	Анемии (уровень 2)	1,49
24	Анемии (уровень 3)	5,32
25	Нарушения свертываемости крови	1,04

26	Другие болезни крови и кроветворных органов	1,09
<b>6</b>	<b>Дерматология</b>	<b>0,80</b>
27	Редкие и тяжелые дерматозы	1,72
28	Среднетяжелые дерматозы	0,74
29	Легкие дерматозы	0,36
<b>7</b>	<b>Детская кардиология</b>	<b>1,84</b>
30	Врожденные аномалии сердечно-сосудистой системы, дети	1,84
<b>8</b>	<b>Детская онкология</b>	<b>4,59</b>
31	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети	7,82
32	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети	5,68
33	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети	4,37
<b>9</b>	<b>Детская урология-андрология</b>	<b>1,15</b>
34	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)	0,97
35	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 2)	1,11
36	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)	1,97
37	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)	2,78
38	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 1)	1,15
39	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 2)	1,22
40	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 3)	1,78
41	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)	2,23
42	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)	2,36
43	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)	4,28
<b>10</b>	<b>Детская хирургия</b>	<b>1,10</b>
44	Детская хирургия (уровень 1)	2,95
45	Детская хирургия (уровень 2)	5,33
46	Аппендэктомия, дети (уровень 1)	0,77
47	Аппендэктомия, дети (уровень 2)	0,97
48	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)	0,88
49	Операции по поводу грыж, дети (уровень 2)	1,05
50	Операции по поводу грыж, дети (уровень 3)	1,25
<b>11</b>	<b>Детская эндокринология</b>	<b>1,48</b>
51	Сахарный диабет, дети	1,51
52	Заболевания гипофиза, дети	2,26
53	Другие болезни эндокринной системы, дети (уровень 1)	1,38
54	Другие болезни эндокринной системы, дети (уровень 2)	2,82
<b>12</b>	<b>Инфекционные болезни</b>	<b>0,65</b>
55	Кишечные инфекции, взрослые	0,58
56	Кишечные инфекции, дети	0,62
57	Вирусный гепатит острый	1,40
58	Вирусный гепатит хронический	1,27

59	Сепсис, взрослые	3,12
60	Сепсис, дети	4,51
61	Другие инфекционные и паразитарные болезни, взрослые	1,18
62	Другие инфекционные и паразитарные болезни, дети	0,98
63	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые	0,35
64	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети	0,50
65	Грипп, вирус гриппа идентифицирован	1,01
66	Клещевой энцефалит	2,30
<b>13</b>	<b>Кардиология</b>	<b>1,49</b>
67	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 1)	1,42
68	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)	2,81
69	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии	3,48
70	Нарушения ритма и проводимости (уровень 1)	1,12
71	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)	2,01
72	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 1)	1,42
73	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)	2,38
<b>14</b>	<b>Колопроктология</b>	<b>1,36</b>
74	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	0,84
75	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	1,74
76	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 3)	2,49
<b>15</b>	<b>Неврология</b>	<b>1,12</b>
77	Воспалительные заболевания ЦНС, взрослые	0,98
78	Воспалительные заболевания ЦНС, дети	1,55
79	Дегенеративные болезни нервной системы	0,84
80	Демиелинизирующие болезни нервной системы	1,33
81	Эпилепсия, судороги (уровень 1)	0,96
82	Эпилепсия, судороги (уровень 2)	2,01
83	Расстройства периферической нервной системы	1,02
84	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина	1,95
85	Другие нарушения нервной системы (уровень 1)	0,74
86	Другие нарушения нервной системы (уровень 2)	0,99
87	Транзиторные ишемические приступы, сосудистые мозговые синдромы	1,15
88	Кровоизлияние в мозг	2,82
89	Инфаркт мозга (уровень 1)	2,52
90	Инфаркт мозга (уровень 2)	3,12
91	Инфаркт мозга (уровень 3)	4,51
92	Другие цереброваскулярные болезни	0,82

<b>16</b>	<b>Нейрохирургия</b>	<b>1,20</b>
93	Паралитические синдромы, травма спинного мозга (уровень 1)	0,98
94	Паралитические синдромы, травма спинного мозга (уровень 2)	1,49
95	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии	0,68
96	Травмы позвоночника	1,01
97	Сотрясение головного мозга	0,40
98	Переломы черепа, внутричерепная травма	1,54
99	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 1)	4,13
100	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 2)	5,82
101	Операции на периферической нервной системе (уровень 1)	1,41
102	Операции на периферической нервной системе (уровень 2)	2,19
103	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)	2,42
104	Доброкачественные новообразования нервной системы	1,02
<b>17</b>	<b>Неонатология</b>	<b>2,96</b>
105	Малая масса тела при рождении, недоношенность	4,21
106	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость	16,02
107	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций	7,4
108	Геморрагические и гемолитические нарушения у новорожденных	1,92
109	Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 1)	1,39
110	Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 2)	1,89
111	Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 3)	2,56
<b>18</b>	<b>Нефрология (без диализа)</b>	<b>1,69</b>
112	Почечная недостаточность	1,66
113	Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа	1,82
114	Гломерулярные болезни	1,71
<b>19</b>	<b>Онкология</b>	<b>2,24</b>
115	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1)	1,98
116	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2)	3,66
117	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3)	4,05
118	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1)	2,45
119	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2)	4,24
120	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1)	1,40
121	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)	2,46

122	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3)	3,24
123	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)	1,09
124	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)	1,36
125	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3)	1,41
126	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 1)	1,88
127	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 2)	1,92
128	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1)	2,29
129	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2)	3,12
130	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 1)	1,96
131	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 2)	2,17
132	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1)	2,02
133	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2)	2,57
134	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3)	3,14
135	Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости	2,48
136	Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения	0,50
137	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях	1,91
138	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1)	2,88
139	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)	4,25
140	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1)	2,56
141	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2)	3,60
142	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые	4,27
143	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые	3,46
144	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) (уровень 1), доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе	2,05

145	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) (уровень 2)	2,80
146	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы	7,92
147	Лучевая терапия (уровень 1)	2,00
148	Лучевая терапия (уровень 2)	2,21
149	Лучевая терапия (уровень 3)	3,53
<b>20</b>	<b>Оториноларингология</b>	<b>0,87</b>
150	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ уха, горла, носа, полости рта	0,66
151	Средний отит, мастоидит, нарушения вестибулярной функции	0,47
152	Другие болезни уха	0,61
153	Другие болезни и врожденные аномалии верхних дыхательных путей, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания, нарушения речи	0,71
154	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)	0,84
155	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)	0,91
156	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)	1,10
157	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)	1,35
158	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)	1,96
159	Замена речевого процессора	25,00
<b>21</b>	<b>Офтальмология</b>	<b>0,92</b>
160	Операции на органе зрения (уровень 1)	0,49
161	Операции на органе зрения (уровень 2)	0,79
162	Операции на органе зрения (уровень 3)	1,07
163	Операции на органе зрения (уровень 4)	1,19
164	Операции на органе зрения (уровень 5)	2,11
165	Операции на органе зрения (уровень 6)	2,33
166	Болезни глаза	0,51
167	Травмы глаза	0,66
<b>22</b>	<b>Педиатрия</b>	<b>0,80</b>
168	Нарушения всасывания, дети	1,11
169	Другие болезни органов пищеварения, дети	0,39
170	Воспалительные артропатии, спондилопатии, дети	1,85
171	Врожденные аномалии головного и спинного мозга, дети	2,12
<b>23</b>	<b>Пульмонология</b>	<b>1,31</b>
172	Другие болезни органов дыхания	0,85

173	Интерстициальные болезни легких, врожденные аномалии развития легких, бронхо-легочная дисплазия, дети	2,48
174	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ органов дыхания, других и неуточненных органов грудной клетки	0,91
175	Пневмония, плеврит, другие болезни плевры	1,29
176	Астма, взрослые	1,11
177	Астма, дети	1,25
<b>24</b>	<b>Ревматология</b>	<b>1,44</b>
178	Системные поражения соединительной ткани	1,78
179	Артропатии и спондилопатии	1,67
180	Ревматические болезни сердца (уровень 1)	0,87
181	Ревматические болезни сердца (уровень 2)	1,57
<b>25</b>	<b>Сердечно-сосудистая хирургия</b>	<b>1,18</b>
182	Флебит и тромбофлебит, варикозное расширение вен нижних конечностей	0,85
183	Другие болезни, врожденные аномалии вен	1,32
184	Болезни артерий, артериол и капилляров	1,05
185	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы	1,01
186	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 1)	2,11
187	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 2)	3,97
188	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 3)	4,31
189	Операции на сосудах (уровень 1)	1,20
190	Операции на сосудах (уровень 2)	2,37
191	Операции на сосудах (уровень 3)	4,13
192	Операции на сосудах (уровень 4)	6,08
193	Операции на сосудах (уровень 5)	7,12
<b>26</b>	<b>Стоматология детская</b>	<b>0,79</b>
194	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	0,79
<b>27</b>	<b>Терапия</b>	<b>0,77</b>
195	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	0,74
196	Новообразования доброкачественные, in situ, неопределенного и неуточненного характера органов пищеварения	0,69
197	Болезни желчного пузыря	0,72
198	Другие болезни органов пищеварения, взрослые	0,59
199	Гипертоническая болезнь в стадии обострения	0,70
200	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1)	0,78
201	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2)	2,38
202	Другие болезни сердца (уровень 1)	0,78
203	Другие болезни сердца (уровень 2)	1,54

204	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания	0,75
205	ХОБЛ, эмфизема, бронхоэктатическая болезнь	0,89
206	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)	0,27
207	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 2)	0,63
208	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования	1,00
<b>28</b>	<b>Торакальная хирургия</b>	<b>2,09</b>
209	Гнойные состояния нижних дыхательных путей	2,05
210	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 1)	1,54
211	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 2)	1,92
212	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3)	2,56
213	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)	4,12
<b>29</b>	<b>Травматология и ортопедия</b>	<b>1,37</b>
214	Приобретенные и врожденные костно-мышечные деформации	0,99
215	Переломы шейки бедра и костей таза	1,52
216	Переломы бедренной кости, другие травмы области бедра и тазобедренного сустава	0,69
217	Переломы, вывихи, растяжения области грудной клетки, верхней конечности и стопы	0,56
218	Переломы, вывихи, растяжения области колена и голени	0,74
219	Множественные переломы, травматические ампутации, размозжения и последствия травм	1,44
220	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)	5,54
221	Эндопротезирование суставов	4,46
222	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)	0,79
223	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)	0,93
224	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)	1,37
225	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)	2,42
226	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)	3,15
<b>30</b>	<b>Урология</b>	<b>1,20</b>
227	Тубулоинтерстициальные болезни почек, другие болезни мочевой системы	0,86
228	Камни мочевой системы; симптомы, относящиеся к мочевой системе	0,49
229	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов	0,64
230	Болезни предстательной железы	0,73



231	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов	0,67
232	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)	1,20
233	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)	1,42
234	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)	2,31
235	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)	3,12
236	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)	1,08
237	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)	1,12
238	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)	1,62
239	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 4)	1,95
240	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)	2,14
241	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)	4,13
<b>31</b>	<b>Хирургия</b>	<b>0,90</b>
242	Болезни лимфатических сосудов и лимфатических узлов	0,61
243	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,55
244	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)	0,71
245	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)	1,38
246	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 4)	2,41
247	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 1)	1,43
248	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 2)	1,83
249	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 3)	2,16
250	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)	1,81
251	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)	2,67
252	Болезни молочной железы, новообразования молочной железы доброкачественные, in situ, неопределенного и неизвестного характера	0,73
253	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей	0,76
254	Остеомиелит (уровень 1)	2,42
255	Остеомиелит (уровень 2)	3,51
256	Остеомиелит (уровень 3)	4,02
257	Доброкачественные новообразования костно-мышечной системы и соединительной ткани	0,84
258	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани	0,66
259	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы	0,37
260	Операции на молочной железе (кроме злокачественных новообразований)	1,19

<b>32</b>	<b>Хирургия (абдоминальная)</b>	<b>1,20</b>
261	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 1)	1,15
262	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)	1,43
263	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 3)	3,00
264	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)	4,30
265	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 1)	2,42
266	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)	2,69
267	Панкреатит, хирургическое лечение	4,12
268	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)	1,16
269	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)	1,95
270	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3)	2,46
271	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)	0,73
272	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)	0,91
273	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)	0,86
274	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)	1,24
275	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)	1,78
276	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)	1,13
277	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)	1,19
278	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 3)	2,13
<b>33</b>	<b>Хирургия (комбустиология)</b>	<b>1,95</b>
279	Отморожения (уровень 1)	1,17
280	Отморожения (уровень 2)	2,91
281	Ожоги (уровень 1)	1,21
282	Ожоги (уровень 2)	2,03
283	Ожоги (уровень 3)	3,54
284	Ожоги (уровень 4)	5,21
285	Ожоги (уровень 5)	11,12
<b>34</b>	<b>Челюстно-лицевая хирургия</b>	<b>1,18</b>
286	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	0,89
287	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74
288	Операции на органах полости рта (уровень 2)	1,27
289	Операции на органах полости рта (уровень 3)	1,63
290	Операции на органах полости рта (уровень 4)	1,90
<b>35</b>	<b>Эндокринология</b>	<b>1,40</b>
291	Сахарный диабет, взрослые (уровень 1)	1,02
292	Сахарный диабет, взрослые (уровень 2)	1,49
293	Заболевания гипофиза, взрослые	2,14
294	Другие болезни эндокринной системы, взрослые (уровень 1)	1,25
295	Другие болезни эндокринной системы, взрослые (уровень 2)	2,76

296	Новообразования эндокринных желез доброкачественные, in situ, неопределенного и неизвестного характера	0,76
297	Расстройства питания	1,06
298	Другие нарушения обмена веществ	1,16
299	Кистозный фиброз	3,32
<b>36</b>	<b>Прочее</b>	<b>0,58</b>
300	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина	4,32
301	Редкие генетические заболевания	3,50
302	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии	5,35
303	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения	0,32
304	Госпитализация в диагностических целях с постановкой диагноза туберкулеза, ВИЧ-инфекции, психического заболевания	0,46
305	Отторжение, отмирание трансплантата органов и тканей	8,40
306	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов	2,32
<b>37</b>	<b>Медицинская реабилитация</b>	<b>0,75</b>
307	Медицинская нейрореабилитация	3,00
308	Медицинская кардиореабилитация	1,50
309	Медицинская реабилитация после перенесенных травм и операций на опорно-двигательной системе	2,25
310	Медицинская реабилитация детей, перенесших заболевания перинатального периода	1,50
311	Медицинская реабилитация при других соматических заболеваниях	0,70
312	Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации	1,80
313	Медицинская реабилитация детей с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения	4,81
314	Медицинская реабилитация детей с поражениями центральной нервной системы	2,75
315	Медицинская реабилитация детей, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем	2,35

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

№	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ <*>
<b>1</b>	<b>Акушерское дело</b>	<b>0,50</b>
<b>2</b>	<b>Акушерство и гинекология</b>	<b>0,80</b>
1	Осложнения беременности, родов, послеродового периода	0,83
2	Болезни женских половых органов	0,66
3	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,71
4	Операции на женских половых органах (уровень 2)	1,06
5	Экстракорпоральное оплодотворение	9,83
6	Искусственное прерывание беременности (аборт)	0,33
7	Аборт медикаментозный	1,04
<b>3</b>	<b>Аллергология и иммунология</b>	<b>0,98</b>
8	Нарушения с вовлечением иммунного механизма	0,98
<b>4</b>	<b>Гастроэнтерология</b>	<b>0,89</b>
9	Болезни органов пищеварения, взрослые	0,89
<b>5</b>	<b>Гематология</b>	<b>1,17</b>
10	Болезни крови	1,17
<b>6</b>	<b>Дерматология</b>	<b>1,54</b>
11	Дерматозы	1,54
<b>7</b>	<b>Детская кардиология</b>	<b>0,98</b>
12	Болезни системы кровообращения, дети	0,98
<b>8</b>	<b>Детская онкология</b>	<b>9,23</b>
13	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети	14,23
14	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети	10,34
15	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети	7,95
<b>9</b>	<b>Детская урология-андрология</b>	<b>1,42</b>
16	Операции на мужских половых органах, дети	1,38
17	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети	2,09
<b>10</b>	<b>Детская хирургия</b>	<b>1,60</b>
18	Операции по поводу грыж, дети	1,60
<b>11</b>	<b>Детская эндокринология</b>	<b>1,49</b>
19	Сахарный диабет, дети	1,49
20	Другие болезни эндокринной системы, дети	1,36

<b>12</b>	<b>Инфекционные болезни</b>	<b>0,92</b>
21	Вирусный гепатит В хронический, лекарственная терапия	2,75
22	Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3	1,10
23	Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3	9,00
24	Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 1, 4 (уровень 1)	4,9
25	Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 1, 4 (уровень 2)	22,2
26	Другие вирусные гепатиты	0,97
27	Инфекционные и паразитарные болезни, взрослые	1,16
28	Инфекционные и паразитарные болезни, дети	0,97
29	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, взрослые	0,52
30	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети	0,65
<b>13</b>	<b>Кардиология</b>	<b>0,80</b>
31	Болезни системы кровообращения, взрослые	0,80
32	Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов	3,39
<b>14</b>	<b>Колопроктология</b>	<b>1,70</b>
33	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	1,53
34	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	3,17
<b>15</b>	<b>Неврология</b>	<b>1,05</b>
35	Болезни нервной системы, хромосомные аномалии	0,98
36	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина	2,79
<b>16</b>	<b>Нейрохирургия</b>	<b>1,06</b>
37	Болезни и травмы позвоночника, спинного мозга, последствия внутричерепной травмы, сотрясение головного мозга	0,94
38	Операции на периферической нервной системе	2,57
<b>17</b>	<b>Неонатология</b>	<b>1,87</b>
39	Нарушения, возникшие в перинатальном периоде	1,79
<b>18</b>	<b>Нефрология (без диализа)</b>	<b>2,74</b>
40	Гломерулярные болезни, почечная недостаточность (без диализа)	1,60
41	Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ	3,25
42	Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа	3,18
43	Другие болезни почек	0,80
<b>19</b>	<b>Онкология</b>	<b>3,01</b>
44	Лучевая терапия (уровень 1)	3,64
45	Лучевая терапия (уровень 2)	4,02
46	Лучевая терапия (уровень 3)	6,42
47	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)	2,35
48	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)	2,48

49	Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения	0,50
50	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые	7,77
51	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые	6,30
52	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1), доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе	3,73
53	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)	5,10
54	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы	14,41
<b>20</b>	<b>Оториноларингология</b>	<b>0,98</b>
55	Болезни уха, горла, носа	0,74
56	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)	1,12
57	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)	1,66
58	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)	2,00
59	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)	2,46
60	Замена речевого процессора	45,50
<b>21</b>	<b>Офтальмология</b>	<b>0,98</b>
61	Болезни и травмы глаза	0,39
62	Операции на органе зрения (уровень 1)	0,96
63	Операции на органе зрения (уровень 2)	1,44
64	Операции на органе зрения (уровень 3)	1,95
65	Операции на органе зрения (уровень 4)	2,17
66	Операции на органе зрения (уровень 5)	3,84
<b>22</b>	<b>Педиатрия</b>	<b>0,93</b>
67	Системные поражения соединительной ткани, артропатии, спондилопатии, дети	2,31
68	Болезни органов пищеварения, дети	0,89
<b>23</b>	<b>Пульмонология</b>	<b>0,90</b>
69	Болезни органов дыхания	0,90
<b>24</b>	<b>Ревматология</b>	<b>1,46</b>
70	Системные поражения соединительной ткани, артропатии, спондилопатии, взрослые	1,46

<b>25</b>	<b>Сердечно-сосудистая хирургия</b>	<b>1,88</b>
71	Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения	1,84
72	Операции на сосудах (уровень 1)	2,18
73	Операции на сосудах (уровень 2)	4,31
<b>26</b>	<b>Стоматология детская</b>	<b>0,98</b>
74	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	0,98
<b>27</b>	<b>Терапия</b>	<b>0,74</b>
75	Отравления и другие воздействия внешних причин	0,74
<b>28</b>	<b>Торакальная хирургия</b>	<b>1,32</b>
76	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения	1,32
<b>29</b>	<b>Травматология и ортопедия</b>	<b>1,25</b>
77	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)	1,44
78	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)	1,69
79	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)	2,49
80	Заболевания опорно-двигательного аппарата, травмы, болезни мягких тканей	1,05
<b>30</b>	<b>Урология</b>	<b>0,98</b>
81	Болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов	0,80
82	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)	2,18
83	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)	2,58
84	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)	1,97
85	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)	2,04
86	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)	2,95
<b>31</b>	<b>Хирургия</b>	<b>0,92</b>
87	Болезни, новообразования молочной железы	0,89
88	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,75
89	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)	1,00
90	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)	4,34
91	Операции на органах кроветворения и иммунной системы	1,29
92	Операции на молочной железе	2,60
<b>32</b>	<b>Хирургия (абдоминальная)</b>	<b>1,85</b>
93	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)	2,11
94	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)	3,55
95	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)	1,57
96	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)	2,26

97	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)	3,24
98	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)	2,06
99	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)	2,17
<b>33</b>	<b>Хирургия (комбустиология)</b>	<b>1,10</b>
100	Ожоги и отморожения	1,10
<b>34</b>	<b>Челюстно-лицевая хирургия</b>	<b>0,89</b>
101	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	0,88
102	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,92
103	Операции на органах полости рта (уровень 2)	1,56
<b>35</b>	<b>Эндокринология</b>	<b>1,23</b>
104	Сахарный диабет, взрослые	1,08
105	Другие болезни эндокринной системы, новообразования эндокринных желез доброкачественные, in situ, неопределенного и неизвестного характера, расстройства питания, другие нарушения обмена веществ	1,41
106	Кистозный фиброз	2,58
107	Лечение кистозного фиброза с применением ингаляционной антибактериальной терапии	12,27
<b>36</b>	<b>Прочее</b>	<b>1,00</b>
108	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина	7,86
109	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения	0,56
110	Госпитализация в дневной стационар в диагностических целях с постановкой диагноза туберкулеза, ВИЧ-инфекции, психического заболевания	0,46
111	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов	9,74
112	Отторжение, отмирание трансплантата органов и тканей	7,40
<b>37</b>	<b>Медицинская реабилитация</b>	<b>0,75</b>
113	Медицинская нейрореабилитация	3,00
114	Медицинская кардиореабилитация	1,50
115	Медицинская реабилитация после перенесенных травм и заболеваний опорно-двигательной системы	2,25
116	Медицинская реабилитация детей, перенесших заболевания перинатального периода	1,50
117	Медицинская реабилитация при других соматических заболеваниях	0,70
118	Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации	1,80
119	Медицинская реабилитация детей с поражениями центральной нервной системы	2,75
120	Медицинская реабилитация детей после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем	2,35

<\*> Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ определен исходя из базовой ставки для дневного стационара, определенной в соответствии с нормативами Программы.



## РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ СЛУЧАЕВ, ДЛЯ КОТОРЫХ УСТАНОВЛЕН КСЛП

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Рекомендуемые пороговые значения КСЛП
1	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей до 1 года)*	1,1 – 1,8
2	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей от 1 до 4)	1,1 - 1,4
3	Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4)	1,05 - 1,35
4	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет)	1,02 - 1,4
5	Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю пациента возраста старше 75 лет с индексом Бартела $\leq 60$ баллов (для осуществления ухода) при наличии медицинских показаний	1,02-1,2
6	Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента (перечень указанных заболеваний и состояний представлен в Инструкции)	1,1 - 1,8
7	Необходимость развертывания индивидуального поста по медицинским показаниям	1,1 - 1,5
8	Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю ребенка после достижения им возраста 4 лет при наличии медицинских показаний	1,05 - 1,35
9	Проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ (перечень возможных сочетаний КСГ представлен в Инструкции)	1,3 - 1,8
10	Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями (методика расчета КСЛП представлена в Инструкции)	В соответствии с расчетным значением
11	Проведение сочетанных хирургических вмешательств (перечень возможных сочетанных операций представлен в Инструкции)	1,2 - 1,7
12	Проведение однотипных операций на парных органах (перечень возможных однотипных операций на парных органах представлен в Инструкции)	1,2 - 1,7

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

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ СТОИМОСТЬ УСЛУГ ДИАЛИЗА

№	Код	Услуга	Условия оказания	единица оплаты	стоимость 1 услуги, рублей
1	A18.05.002; A18.05.002.002	Гемодиализ, Гемодиализ интермиттирующий низкопоточный	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	5 949,1
2	A18.05.002.001	Гемодиализ интермиттирующий высокопоточный	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	6 246,3
3	A18.05.011	Гемодиафильтрация	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	6 439,7
4	A18.05.004	Ультрафильтрация крови	стационарно	услуга	5 458,5
5	A18.05.002.003	Гемодиализ интермиттирующий продленный	стационарно	услуга	16 410,4
6	A18.05.003	Гемофильтрация крови	стационарно	услуга	17 146,3
7	A18.05.004.001	Ультрафильтрация продленная	стационарно	услуга	14 938,5
8	A18.05.011.001	Гемодиафильтрация продленная	стационарно	услуга	17 882,3
9	A18.05.002.005	Гемодиализ продолжительный	стационарно	сутки	31 129,4
10	A18.05.003.002	Гемофильтрация крови продолжительная	стационарно	сутки	32 601,3
11	A18.05.011.002	Гемодиафильтрация продолжительная	стационарно	сутки	34 073,2
12	A18.30.001	Перитонеальный диализ	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	день обмена	4 722,4
13	A18.30.001.001	Перитонеальный диализ проточный	стационарно	день обмена	23 120,3
14	A18.30.001.002	Перитонеальный диализ с использованием автоматизированных технологий	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	день обмена	5 826,3
15	A18.30.001.003	Перитонеальный диализ при нарушении ультрафильтрации	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	день обмена	5 090,3

## РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

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

Доля нарушений, выявленных при проведении медико-экономической экспертизы	% от количества проведенных медико-экономических экспертиз	-
Доля нарушений, выявленных при проведении экспертизы качества медицинской помощи	% от количества проведенных экспертиз качества медицинской помощи	-
<b>1.2. Рекомендуемый период оценки: не чаще одно раза в квартал и 1 раз в год</b>		
Уровень первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста в связи с заболеванием	Количество случаев на 1 тыс. человек прикрепленного населения трудоспособного возраста	-
Доля лиц, умерших от инсульта и (или) инфаркта миокарда в трудоспособном возрасте, среди прикрепленного населения	Число случаев на 1 тыс. лиц трудоспособного возраста (женщины 18 - 54 года, мужчины 18 - 59 лет), среди прикрепленного населения	-
Доля умерших в трудоспособном возрасте пациентов с ЗНО, состоящих на учете, от общего числа умерших в трудоспособном возрасте пациентов с ЗНО		
Уровень заболевания инфарктом		
Уровень заболевания инсультом		
Удельный вес пациентов с сахарным диабетом, перенесших ампутацию	Процент от всех пациентов с сахарным диабетом среди прикрепленного населения	-
Удельный вес пациентов с сахарным диабетом, осложнившимся комой		

<b>2. Показатели интенсивности</b>		
<b>2.1. Рекомендуемый период оценки: не реже 1 раз в месяц</b>		
Количество посещений на 1 тыс. человек прикрепленного населения	Ед.	Для оценки показателя рекомендуется контролировать соответствие фактического количества посещений функции врачебной должности в разрезе медицинских специальностей.
Доля посещений с профилактической целью от общего количества посещений	%	Показатель не используется, если оплата посещений с профилактической целью (диспансеризация, профилактические осмотры) осуществляется за единицу объема медицинской помощи
Количество выявленных случаев злокачественных новообразований всех локализаций на 1000 прикрепившихся	Ед.	-
Доля пациентов, охваченных диспансерным наблюдением из числа подлежащих, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения	%	Для оценки показателей рекомендуется применять ретроспективный анализ оказанных медицинских услуг, в том числе при госпитализации
Доля лиц с впервые выявленной ишемической болезнью сердца, взятых под диспансерное наблюдение, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения	%	
Доля лиц с впервые выявленной артериальной гипертензией, взятых под диспансерное	%	

наблюдение, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения		
<b>2.2. Рекомендуемый период оценки: не чаще одно раза в квартал и 1 раз в год</b>		
Охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения из подлежащего диспансеризации в текущем году	% (целевое значение – не менее 80 процентов от подлежащих)	Для оценки показателя может применяться индикатор отношения количества случаев II-го этапа диспансеризации к общему количеству законченных случаев диспансеризации
Охват населения всех (или отдельных) возрастных групп, охваченных профилактическими прививками против гриппа, от общего числа лиц указанных групп, подлежащих охвату профилактическими прививками, среди лиц, прикрепленных к медицинской организации	% (целевое значение – не менее 30 процентов от подлежащих)	-
Охват населения всех (или отдельных) возрастных групп вакцинированием против пневмококковой инфекции от общего числа лиц указанных групп, подлежащих охвату профилактическими прививками, среди лиц, прикрепленных к медицинской организации	% (целевое значение - не менее 10% прикрепленного населения)	-

**РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ПОПРАВочНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ СТОИМОСТИ ОБРАЩЕНИЯ  
С УЧЕТОМ КРАТНОСТИ ПОСЕЩЕНИЙ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ПО ОСНОВНЫМ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ**

Специальности	Среднее число посещений по поводу заболеваний в одном обращении	Поправочный коэффициент кратности посещений в одном обращении	Относительный коэффициент стоимости посещения с учетом специальности <*>	Поправочный коэффициент стоимости обращения (гр. 3 x гр. 4)
1	2	3	4	5
Кардиология и ревматология	3,1	1,07	0,9740	1,04
Педиатрия	2,8	0,97	1,2900	1,25
Терапия	2,7	0,95	0,8554	0,81
Эндокринология	2,5	0,86	1,7598	1,52
Аллергология	2,6	0,90	1,6206	1,45
Неврология	2,9	1,01	1,0148	1,02
Инфекционные болезни	2,4	0,82	1,2842	1,05
Хирургия	3,0	1,04	0,9113	0,94
Урология	2,6	0,90	0,7374	0,66
Акушерство-гинекология	3,8	1,30	1,1941	1,55
Оториноларингология	4,1	1,41	0,7102	1,00
Офтальмология	3,8	1,30	0,6088	0,79
Дерматология	4,2	1,44	0,7348	1,06
Венерология	2,7	0,93	0,8962	0,83
<b>ИТОГО:</b>	<b>2,9</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>

<\*> Размер относительного коэффициента стоимости посещения по поводу заболевания применим и для посещения с профилактической целью.

**РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
В РАМКАХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ  
ГРАЖДАН  
(БЕЗ УЧЕТА КОЭФФИЦИЕНТА ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ)**

<b>Диспансеризация взрослого населения</b>		
<b>Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»</b>		
<b>Пол</b>	<b>Возраст</b>	<b>Рекомендованная стоимость, руб.</b>
<b>м</b>	21, 24, 27, 30, 33	1 005,8
<b>м</b>	78, 84, 90, 96	1 155,8
<b>м</b>	36, 42	1 206,1
<b>м</b>	48, 54, 60, 66, 72	1 322,0
<b>м</b>	39, 45, 81, 87, 93, 99	1 733,1
<b>м</b>	51, 57, 63, 69, 75	1 897,8
<b>м</b>	<b>Средняя стоимость</b>	<b>1 172,5</b>

<b>Пол</b>	<b>Возраст</b>	<b>Рекомендованная стоимость, руб.</b>
<b>ж</b>	21, 24, 27, 30, 33, 36, 78, 84, 90, 96	1 121,2
<b>ж</b>	42, 72	1 532,8
<b>ж</b>	48, 54, 60, 66, 81, 87, 93, 99	1 742,4
<b>ж</b>	39, 45, 69, 75	2 206,4
<b>ж</b>	51, 57, 63	2 372,4
<b>ж</b>	<b>Средняя стоимость</b>	<b>1 390,7</b>

<b>Диспансеризация детей-сирот</b>		
<b>Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 февраля 2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей- сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»</b>		
<b>Пол</b>	<b>Возраст</b>	<b>Рекомендованная стоимость, руб.</b>
м/ж	0-17	3 906,1



**РЕКОМЕНДУЕМЫЙ КЛАССИФИКАТОР ОСНОВНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ  
ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ,  
ВЫРАЖЕННОЙ В УСЛОВНЫХ ЕДИНИЦАХ ТРУДОЕМКОСТИ (УЕТ)**

Код услуги	Наименование услуг	Время на оказание услуги врачом (мин.)	Число УЕТ
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	3,47	0,35
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	6,06	0,61
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	7,60	0,76
B01.003.004.002	Проводниковая анестезия	9,55	0,96
B01.003.004.004	Аппликационная анестезия	3,06	0,31
B01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	4,98	0,50
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	9,34	0,93
A11.07.026	Взятие образца биологического материала из очагов поражения органов рта	11,20	1,12
A11.01.019	Получение соскоба с эрозивно-язвенных элементов кожи и слизистых оболочек	11,20	1,12
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных препаратов в челюстно-лицевую область	10,50	1,10
A25.07.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов	2,70	0,25
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов	2,70	0,25
A25.07.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях полости рта и зубов	2,70	0,25
A05.07.001	Электроодонтометрия	4,17	0,42
A13.30.007	Обучение гигиене полости рта	8,67	0,87
B01.064.003	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный	19,50	1,95
B01.064.004	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный	13,65	1,37
B04.064.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача - стоматолога детского	11,88	1,19

B04.064.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского	15,72	1,57
B01.065.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта первичный	16,80	1,68
B01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	11,76	1,18
B04.065.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта	12,5	1,25
B04.065.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта	13,00	1,30
B01.065.003	Прием (осмотр, консультация) зубного врача первичный	16,80	1,68
B01.065.004	Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный	11,76	1,18
B04.065.003	Диспансерный прием (осмотр, консультация) зубного врача	12,50	1,25
B04.065.004	Профилактический прием (осмотр, консультация) зубного врача	13,00	1,30
B01.065.005	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического первичный	15,00	1,50
B01.065.006	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического повторный	9,00	0,90
A03.07.001	Люминесцентная стоматоскопия	6,30	0,63
A11.07.010	Введение лекарственных препаратов в пародонтальный карман	9,85	0,99
A11.07.022	Аппликация лекарственного препарата на слизистую оболочку полости рта	4,49	0,45
A16.07.050	Профессиональное отбеливание зубов	40,0	4,00
A16.07.051	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	40,80	4,00
A16.07.057	Запечатывание фиссуры зуба герметиком	10,12	1,00
A16.07.082	Сошлифовывание твердых тканей зуба	14,32	1,43
A11.07.012	Глубокое фторирование эмали зубов	10,09	1,00
A11.07.023	Применение метода серебрения зуба	8,76	0,88
A11.07.024	Местное применение реминерализующих препаратов в области зуба	6,83	0,7
A15.07.003	Наложение лечебной повязки при заболеваниях слизистой оболочки полости рта и пародонта в области одной челюсти	19,88	2,00

A16.07.002.001	Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использованием стоматологических цементов	12,50	1,25
A16.07.002.002	Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения	19,48	1,95
A16.07.002.003	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта, II, III класс по Блэку с использованием стоматологических цементов	18,50	1,85
A16.07.002.004	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта, II, III класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения	25,03	2,50
A16.07.002.005	Восстановление зуба IV класс по Блэку с использованием стеклоиномерных цементов	24,53	2,45
A16.07.002.006	Восстановление зуба, IV класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения	32,53	3,25
A16.07.002.007	Восстановление одного зуба пломбой из амальгамы I, V класс по Блэку	19,46	1,95
A16.07.002.008	Восстановление одного зуба пломбой из амальгамы II класса по Блэку	23,31	2,33
A16.07.002.009	Наложение временной пломбы	15,32	1,53
A16.07.091	Снятие временной пломбы	2,50	0,25
A16.07.092	Трепанация зуба, искусственной коронки	4,81	0,48
A16.07.008.001	Пломбирование корневого канала зуба пастой	11,64	1,16
A11.07.027	Наложение девитализирующей пасты	0,32	0,03
A16.07.009	Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы)	2,06	0,21
A16.07.010	Экстирпация пульпы	4,57	0,46
A16.07.019	Временное шинирование при заболеваниях пародонта	19,80	1,98
A16.07.020.001	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба ручным методом	3,20	0,32
A16.07.025.001	Избирательное полирование зуба	2,30	0,23
A16.07.030.001	Инструментальная и медикаментозная обработка одного хорошо проходимого корневого канала	9,21	0,92
A16.07.030.002	Инструментальная и медикаментозная обработка одного плохо проходимого корневого канала	17,11	1,71

A16.07.030.003	Временное пломбирование лекарственным препаратом корневого канала	4,96	0,50
A16.07.039	Закрытый кюретаж при заболеваниях пародонта в области зуба	3,10	0,31
A16.07.082.001	Распломбировка корневого канала ранее леченного пастой	19,87	2,00
A16.07.082.002	Распломбировка одного корневого канала ранее леченного фосфат-цементом (резорцин-формальдегидным методом)	35,48	3,55
B01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	13,90	1,40
B01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	10,75	1,08
A15.03.007	Наложение шины при переломах костей	68,69	6,87
A15.07.004	Снятие шины с одной челюсти	14,27	1,43
A15.04.002	Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов	25,47	2,55
A15.07.001	Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) зубов	29,63	2,96
A11.07.001	Биопсия слизистой полости рта	11,47	1,15
A11.07.002	Биопсия языка	11,47	1,15
A11.07.005	Биопсия преддверия полости рта	11,47	1,15
A11.07.007	Биопсия тканей губы	11,47	1,15
A11.07.008	Пункция кисты полости рта	9,12	0,91
A11.07.009	Бужирование протоков слюнных желез	30,13	3,01
A11.07.013	Пункция слюнной железы	9,12	0,91
A11.07.014	Пункция тканей полости рта	9,12	0,91
A11.07.015	Пункция языка	9,12	0,91
A11.07.016	Биопсия слизистой ротоглотки	11,47	1,15
A11.07.018	Пункция губы	9,12	0,91
A11.07.019	Пункция патологического образования слизистой преддверия полости рта	9,12	0,91
A11.07.020	Биопсия слюнной железы	11,47	1,15
A15.01.003	Наложение повязки при операции в челюстно-лицевой области	10,59	1,06
A15.07.002	Наложение повязки при операциях в полости рта	10,59	1,06
A16.01.004	Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани	13,01	1,30
A16.01.012	Вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса)	19,86	2,00

A16.01.016	Удаление атеромы	23,3	2,33
A16.01.030	Иссечение грануляции	22,20	2,22
A16.04.018	Вправление вывиха сустава	10,00	1,00
A16.07.001.001	Удаление временного зуба	10,11	1,01
A16.07.001.002	Удаление постоянного зуба	15,52	1,55
A16.07.001.003	Удаление зуба сложное с разъединением корней	25,76	2,58
A16.07.024	Операция удаления ретинированного, дистопированного или сверхкомплектного зуба	29,92	3,00
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления в полости рта	10,02	1,00
A16.07.012	Вскрытие и дренирование одонтогенного абсцесса	9,69	0,97
A16.07.013	Отсроченный кюретаж лунки удаленного зуба	10,33	1,03
A16.07.014	Вскрытие и дренирование абсцесса полости рта	21,40	2,14
A16.07.015	Вскрытие и дренирование очага воспаления мягких тканей лица или дна полости рта	24,12	2,41
A16.07.016	Цистотомия или цистэктомия	38,88	3,89
A16.07.017.002	Коррекция объема и формы альвеолярного отростка	12,19	1,22
A16.07.058	Лечение перикоронита (промывание, рассечение и/или иссечение капюшона)	10,39	1,04
A11.07.025	Промывание протока слюнной железы	18,5	1,85
A16.22.012	Удаление камней из протоков слюнных желез	30,13	3,01
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	15,00	1,50
A17.07.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов	15,00	1,50
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	5,00	0,50
A17.07.004	Ионофорез при патологии полости рта и зубов	10,10	1,01
A17.07.006	Депозит при патологии корневого канала зуба	15,00	1,50
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта	20,00	2,00
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	16,67	1,67
A17.07.009	Воздействие электрическими полями (КВЧ) при патологии полости рта и зубов	10,00	1,00

A17.07.010	Воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов	10,00	1,00
A17.07.011	Воздействие токами ультравысокой частоты при патологии полости рта и зубов	12,50	1,25
A17.07.012	Ультравысокочастотная индуктотермия при патологии полости рта и зубов	12,50	1,25
A20.07.001	Гидроорошение при заболевании полости рта и зубов	15,00	1,50
A21.07.001	Вакуум-терапия в стоматологии	6,83	0,68
A22.07.005	Ультрафиолетовое облучение ротоглотки	12,5	1,25
A22.07.007	Ультрафонофорез лекарственных препаратов на область десен	10,00	1,00
B01.063.001*	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта первичный	42,07	4,21
B01.063.002*	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта повторный	13,83	1,38
B04.063.001*	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта	16,94	1,69
A02.07.004*	Антропометрические исследования	10,95	1,10
A23.07.002.027*	Изготовление контрольной модели	18,75	1,88
A02.07.010*	Исследование на диагностических моделях челюстей	20,05	2,00
A23.07.001.001*	Коррекция съемного ортодонтического аппарата	17,68	1,75
A23.07.001.002*	Ремонт ортодонтического аппарата	15,30	1,55
A23.07.002.037*	Починка перелома базиса самотвердеющей пластмассой	17,43	1,75
A23.07.002.045*	Изготовление дуги вестибулярной с дополнительными изгибами	38,50	3,85
A23.07.002.073*	Изготовление дуги вестибулярной	27,00	2,70
A23.07.002.051*	Изготовление кольца ортодонтического	39,70	4,00
A23.07.002.055*	Изготовление коронки ортодонтической	40,00	4,00
A23.07.002.058*	Изготовление пластинки вестибулярной	27,00	2,70
A23.07.002.059*	Изготовление пластинки с заслоном для языка (без кламмеров)	25,00	2,50
A23.07.002.060*	Изготовление пластинки с окклюзионными накладками	180,00	18,00

<\*> В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оплачивается только для детского населения