

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

г. Владимир

« 12 » января 2026 г.

I. Общие положения

Министерство здравоохранения Владимирской области в лице исполняющего обязанности Министра Н.Е. Зиновьевой, территориальный фонд обязательного медицинского страхования Владимирской области в лице первого заместителя директора О.Ю. Серковой, Владимирская областная организация профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации в лице члена областного комитета В.В. Черняченко, страховые медицинские организации, функционирующие в сфере ОМС Владимирской области, в лице директора Административного структурного подразделения ООО «Капитал Медицинское страхование» - Филиала во Владимирской области И.В. Князевой, Региональная общественная организация «Врачебная палата Владимирской области» в лице члена общественной организации Е.В. Овчинниковой, руководствуясь Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздрава России от 21.08.2025 № 496н, заключили соглашение о нижеследующем:

1.1. Тарифное соглашение разработано в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздрава России от 21.08.2025 № 496н, постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов», постановлением Правительства Владимирской области от 26.12.2025 № 827 «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Владимирской области медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов», приказом Минздрава России от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения», приказом Минздрава России от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – Методические рекомендации) и иными нормативными правовыми актами.

1.2. Предметом тарифного соглашения является установление способов оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в сфере

обязательного медицинского страхования, применяемых во Владимирской области, размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи, порядка расчета тарифов на оплату медицинской помощи, размеров неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание медицинской помощи либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

1.3. Тарифное соглашение распространяет свое действие на всех участников обязательного медицинского страхования, реализующих территориальную программу обязательного медицинского страхования Владимирской области.

Тарифы по ОМС применяются для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в соответствии с территориальной программой ОМС застрахованным на территории Владимирской области, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями лицам, застрахованным на территориях иных субъектов Российской Федерации, по видам медицинской помощи, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

1.4. Для целей настоящего тарифного соглашения используются следующие основные понятия:

территориальная программа обязательного медицинского страхования (территориальная программа ОМС) – составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования;

застрахованное лицо – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

медицинская организация – организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы и индивидуальные предприниматели, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестры медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования;

страховая медицинская организация – страховая организация, имеющая

лицензию, выданную в установленном законодательством Российской Федерации порядке, и включенная в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

случай госпитализации в круглосуточный стационар (случай лечения в дневном стационаре) - случай диагностики и лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющейся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

клинико-статистическая группа заболеваний (далее также - КСГ, группа заболеваний, состояний) - 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);

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

базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов (далее - Территориальная программа государственных гарантий);

коэффициент относительной затратоемкости – устанавливаемый Программой коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

коэффициент дифференциации - устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для субъекта Российской Федерации и/или отдельных территорий субъекта Российской Федерации (используемый в расчетах в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации);

поправочные коэффициенты – устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов;

коэффициент специфики – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф КСГ с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ;

коэффициент уровня медицинской организации – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в

размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

коэффициент подуровня медицинской организации – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций одного уровня, обусловленный объективными причинами;

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

подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний – группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по клинико-статистической группе, с учетом правил выделения и применения подгрупп, установленных Приложением 10 к Методическим рекомендациям;

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 Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи;

качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата;

медицинско-экономический контроль (МЭК) – установление соответствия сведений об объемах и стоимости оказанной застрахованным лицам медицинской помощи на основании представленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров по обязательному медицинскому страхованию или договоров в рамках базовой программы, программам обязательного медицинского страхования, объемам предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи;

медицинско-экономическая экспертиза (МЭЭ) – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объемов медицинской помощи, предъявленных к оплате, записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации;

экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) – выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, степени достижения запланированного результата;

высокотехнологичная медицинская помощь – является частью специализированной медицинской помощи и включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники;

телемедицинские технологии – информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента.

II. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые во Владимирской области

2.1. Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи (медицинская помощь в амбулаторных условиях), и их применение.

2.1.1. Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения, и предоставляется:

а) в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), имеющих прикрепившихся лиц (приложение № 1 к настоящему тарифному соглашению «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), имеющих прикрепившихся лиц»;

б) в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц (приложение № 2 к настоящему тарифному соглашению «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц»).

2.1.2. Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях в плановой и неотложной формах:

а) первичную доврачебную медико-санитарную помощь, которая оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием;

б) первичную врачебную медико-санитарную помощь, которая оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами);

в) первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

2.1.3. Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, оказанной на территории Владимирской области:

а) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды сцинтиграфических исследований (далее - ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (*Hepatitis C virus*) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предисками и факторами риска развития заболеваний, дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями и финансовое обеспечение фельдшерско-

акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

б) за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай), при оплате:

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

- медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

- медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

- отдельных диагностических (лабораторных) исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С);

- профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;

- диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях;

- медицинских услуг (медицинских вмешательств), входящих в комплексное посещение по профилактическим осмотрам, диспансеризации, диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья, диспансерному наблюдению, в случае, когда часть медицинских услуг (медицинских вмешательств) проведена и оплачена в рамках иных случаев оказания медицинской помощи (включая иные виды медицинских осмотров, случаи госпитализации в стационарных условиях и случаи лечения в условиях дневного стационара);

- дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом;

- медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при

дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями;

-медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе школ сахарного диабета и школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания;

- медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

Оплата за единицу объема также применяется при оплате медицинской помощи в следующих случаях:

- за посещение с целью оказания неотложной медицинской помощи;
- медицинской помощи по профилям «стоматология», «акушерство и гинекология»;

- посещения по поводу заболевания с консультативной целью в консультативные поликлиники ГБУЗ ВО «Областная детская клиническая больница», ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница» и ГБУЗ ВО «Областной центр специализированных видов медицинской помощи», ГБУЗВО «Областной кожно-венерологический диспансер», ГБУЗ ВО «Областной перинатальный центр»;

- при оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа (в том числе перitoneального диализа) в амбулаторных условиях, оплата осуществляется за услугу диализа, при этом учитывается лечение в течение одного месяца и выставляются на оплату отдельными реестрами счетов.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала) осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, при наличии медицинских показаний в сроки, установленные нормативными документами и в соответствии с маршрутизацией, утвержденной нормативными правовыми актами органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Особые случаи оплаты медицинской помощи, оказываемой при проведении компьютерной томографии и/или магнитно-резонансной томографии:

- при проведении компьютерной томографии и/или магнитно-резонансной томографии с внутривенным контрастированием нескольких областей одному пациенту в один и тот же день оплате подлежит одна услуга по тарифу «Компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография с контрастированием», а исследования остальных областей - с оплатой услуг по

тариfu «Компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография без контрастирования»;

- в случае проведения компьютерной томографии и/или магнитно-резонансной томографии без контрастирования нескольких областей одному пациенту в один и тот же день оплате подлежит количество услуг, равное количеству исследуемых областей по тарифу «Компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография без контрастирования».

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу, при этом учитывается лечение в течение одного месяца как одно обращение и медицинские услуги по тарифу.

Особенности оплаты стоматологической помощи в амбулаторных условиях

При оплате амбулаторной стоматологической медицинской помощи по посещениям и обращениям рекомендуется учитывать условные единицы трудоемкости (далее – УЕТ), используемые в стоматологии для планирования учета оказываемых услуг, отчетности деятельности специалистов, оплаты их труда.

Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях по тарифам с учетом УЕТ должна быть основана на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение, что является наиболее эффективным, так как сокращается время на вызов пациента, подготовку рабочего места, операционного поля, работу с документами и т.д.

При этом для планирования объема финансовых средств на оплату стоматологической помощи в амбулаторных условиях учитывается средняя кратность УЕТ в одном посещении, которая по Российской Федерации составляет 4,2.

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, представлено в Приложении 3 к Тарифному соглашению.

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

Оплата профилактических мероприятий

Профилактические мероприятия организуются в том числе для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смертности населения, для выявления болезней эндокринной системы, органов пищеварения и других заболеваний, а также для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин.

В целях выявления ранних признаков дислипидемии и формирования атеросклероза одновременно с прохождением профилактического медицинского осмотра или диспансеризации организуются однократное определение уровня липопротеида (а) в крови у всех пациентов в возрасте 18 - 40 лет и оценка липидного профиля (общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, холестерин

липопротеидов очень низкой плотности, триглицериды) у пациентов в возрасте 18 - 39 лет - один раз в 6 лет, у пациентов с 40 лет и старше - один раз в 3 года.

Профилактические медицинские осмотры, диспансеризация и диспансерное наблюдение проводятся в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 14.04.2025 № 211н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, учетной формы № 030-ПО/у «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего», порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения № 030-ПО/о «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних», порядка ее заполнения», от 14.04.2025 № 212н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, учетной формы № 030/у-Д/с, порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения № 030/о-Д/с, порядка ее заполнения», от 21.04.2022 № 275н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью», от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями» и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» установленных в федеральных проектах национального проекта «Продолжительная и активная жизнь», в том числе в федеральном проекте «Здоровье для каждого».

Профилактические мероприятия организуются в том числе для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смертности населения, для выявления болезней эндокринной системы, органов пищеварения и других заболеваний, а также для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин.

В целях выявления ранних признаков дислипидемии и формирования атеросклероза одновременно с прохождением профилактического медицинского осмотра или диспансеризации организуются однократное определение уровня липопротеида (а) в крови у всех пациентов в возрасте 18 - 40 лет и оценка липидного профиля (общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, холестерин липопротеидов очень низкой плотности, триглицериды) у пациентов в возрасте 18 - 39 лет - один раз в 6 лет, у пациентов с 40 лет и старше - один раз в 3 года.

Граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), включая случаи заболеваний, когда отсутствует подтверждение перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом ПЦР-диагностики, в

течение года после заболевания вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства по перечню в соответствии с Приложением № 5 к постановлению Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов».

Запись граждан на углубленную диспансеризацию осуществляется в том числе с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» или регионального портала государственных и муниципальных услуг (функций) в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Медицинские организации организуют прохождение в течение одного дня углубленной диспансеризации гражданином исходя из выполнения всех исследований и иных медицинских вмешательств

Для женщин и мужчин репродуктивного возраста поэтапно в зависимости от возрастных групп, в том числе одновременно с прохождением профилактического осмотра или диспансеризации, организуется проведение диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья.

Перечень исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, утвержден Приложением № 6 к постановлению Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов».

При проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации могут учитываться результаты ранее проведенных (не позднее одного года) медицинских осмотров и диспансеризации, подтвержденные медицинскими документами гражданина, за исключением случаев выявления у него симптомов и синдромов заболеваний, свидетельствующих о наличии медицинских показаний для повторного проведения исследований и иных медицинских мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации. В этом случае стоимость такого профилактического медицинского осмотра или такой диспансеризации уменьшается на стоимость ранее проведенных медицинских вмешательств.

При проведении профилактического осмотра или первого этапа диспансеризации медицинский работник, ответственный за проведение профилактического осмотра или диспансеризации, уточняет у гражданина, пришедшего на профилактический осмотр или диспансеризацию, информацию о наличии у гражданина личного кабинета в федеральной государственной информационной системе «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (далее - личный кабинет) и вносит данную информацию в медицинскую документацию гражданина.

В случае если при прохождении гражданином профилактического осмотра или первого этапа диспансеризации не выявлены какие-либо заболевания или

факторы риска их развития, требующие дальнейшего обследования, информация о результатах прохождения диспансеризации:

-гражданину, у которого есть личный кабинет, направляется в личный кабинет (очное посещение медицинской организации для получения результатов диспансеризации не требуется);

-гражданину, у которого нет личного кабинета, передается медицинским работником, ответственным за проведение профилактического осмотра или диспансеризации, в ходе очного приема.

Гражданину о направлении результатов диспансеризации в личный кабинет сообщается его страховой медицинской организацией посредством смс-сообщения или иным способом доведения информации, получившей данную информацию от медицинской организации, в которой гражданин проходил профилактический осмотр или диспансеризацию.

При этом гражданин, имеющий личный кабинет, вправе получить информацию о результатах диспансеризации в ходе очного приема у медицинского работника, ответственного за проведение профилактического осмотра или диспансеризации.

Случай оказания медицинской помощи выставляются на оплату отдельными реестрами счетов в части:

- профилактических медицинских осмотров и диспансеризации;
- диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;
- медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);
- услуг гемодиализа и перitoneального диализа в амбулаторных условиях;
- медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

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.

Посещения центров здоровья (центров медицины здорового долголетия)

В целях охраны здоровья граждан и внедрения здоровье сберегающих технологий в медицинских организациях осуществляется деятельность центров здоровья (центров медицины здорового долголетия).

Одновременно с проведением обследования граждан с целью оценки функциональных и адаптативных резервов здоровья, выявления факторов риска развития неинфекционных заболеваний, включая риск пагубного потребления алкоголя, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, при наличии соответствующей инфраструктуры в центрах здоровья (центрах медицины здорового долголетия) исполнительный орган субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья вправе организовать обследование граждан в целях выявления изменений в организме человека,

которые могут привести к преждевременной активации механизмов старения и формированию факторов риска развития заболеваний и самих заболеваний (далее - предриски).

Обследование граждан в центре здоровья (центре медицины здорового долголетия) осуществляется в 2 этапа.

На первом этапе все обратившиеся в центры здоровья (центры медицины здорового долголетия) граждане в возрасте 18 лет и старше (без ограничений по возрасту) проходят анкетирование и исследования, направленные на определение биологического возраста, в том числе с применением калькуляторов биологического возраста, включая использование в этих целях зарегистрированных медицинских изделий и программных продуктов.

Анкетирование граждан должно быть проведено до начала исследований, в том числе с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» или региональных порталов государственных и муниципальных услуг (функций).

По результатам анкетирования и оценки биологического возраста врач по медицинской профилактике или врач по медицине здорового долголетия принимает решение о проведении дополнительных исследований (второй этап), предусмотренных примерными программами исследований, проводимых в центрах здоровья (центрах медицины здорового долголетия) и направленных на выявление изменений в организме человека, которые могут привести к преждевременной активации механизмов старения и формированию факторов риска развития заболеваний, приведенными в приложении № 7 к постановлению Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов», направленных на:

-выявление признаков преждевременной активации механизмов старения и предрисков;

-выявление факторов риска развития заболеваний.

Второй этап проводится с учетом выявленных по результатам анкетирования и оценки биологического возраста отклонений в деятельности отдельных систем организма.

Если у гражданина ранее уже выявлены факторы риска развития того или иного заболевания или он состоит под диспансерным наблюдением по конкретному заболеванию или состоянию, такому гражданину исследования проводятся только в части механизмов преждевременного старения и предрисков, приводящих к формированию факторов риска, возникновению заболеваний и состояний, по которым гражданин под диспансерным наблюдением не состоит.

Исследование микробиоты кишечника проводится только в случае наличия у гражданина:

длительностью более месяца диспепсических или кишечных расстройств, причина которых ранее установлена не была;

в анамнезе длительного (более 2 недель) приема антибактериальных

препаратов или перенесенной в течение последних 3 лет кишечной инфекции; непереносимости отдельных продуктов питания, не подтвержденных исследованиями на выявление аллергена; железодефицитной анемии неясного генеза; жалоб на быструю утомляемость; учащения простудных заболеваний (более 5 раз в год); увеличения массы тела, не поддающегося коррекции изменением режима питания и образа жизни.

Если в течение предыдущих 6 месяцев обратившийся гражданин уже проходил исследования, указанные в приложении № 7 к Программе, такие исследования учитываются врачом по медицинской профилактике (врачом по медицине здорового долголетия) и повторно не проводятся при наличии подтверждающих результаты исследований медицинских документов, в том числе размещенных в информационных медицинских системах, доступных врачам центров здоровья (центров медицины здорового долголетия).

Врач по медицинской профилактике или врач по медицине здорового долголетия по результатам анкетирования и проведенных исследований проводит консультирование обратившегося гражданина.

В случае отсутствия необходимости проведения второго этапа исследования консультирование гражданина проводится в день его обращения.

При заборе на втором этапе материала для проведения исследований консультирование гражданина проводится в срок, не превышающий 10 рабочих дней после проведения первого этапа.

Для граждан, проживающих в сельской местности или отдаленных от центра здоровья (центра медицины здорового долголетия) населенных пунктах, консультирование может быть проведено с использованием телекоммуникационных технологий с внесением соответствующей информации в медицинскую документацию гражданина.

В ходе консультирования врач по медицинской профилактике или врач по медицине здорового долголетия дает обратившемуся гражданину рекомендации, направленные на:

- ликвидацию или коррекцию признаков преждевременной активации механизмов старения, коррекцию предрискнов и факторов риска развития заболеваний (в случае проведения соответствующих исследований в рамках второго этапа);
- коррекцию питания (переход на здоровое питание);
- формирование оптимального режима двигательной активности;
- улучшение когнитивных функций и психологического состояния, включая рекомендации, направленные на вовлечение граждан в творчество, формирование привычки регулярного посещения учреждений культуры и искусства, выставочных и иных культурных мероприятий, в соответствии с рекомендациями, утвержденными Министерством культуры Российской Федерации.

В случае выявления по результатам исследований факторов риска развития заболеваний гражданин направляется для дальнейшего диспансерного

наблюдения к врачу по медицинской профилактике.

При выявлении в ходе исследований признаков наличия у обратившегося гражданина тех или иных заболеваний врач по медицинской профилактике или врач по медицине здорового долголетия направляет такого гражданина к соответствующему врачу для дальнейшего обследования, лечения и диспансерного наблюдения.

По результатам исследований и консультирования гражданину оформляется и выдается (в том числе в электронном виде) паспорт здоровья по форме и в порядке, которые утверждаются Министерством здравоохранения Российской Федерации.

В случае выявления в ходе исследований у гражданина признаков преждевременной активации механизмов старения и (или) предрискнов врач по медицинской профилактике или врач по медицине здорового долголетия осуществляет учет и динамическое наблюдение за гражданином, включая оценку биологического возраста и проведение повторных исследований, по результатам которых в ходе второго этапа были выявлены отклонения от нормы:

- через 3 месяца после выявления признаков преждевременной активации механизмов старения и (или) предрискнов;

- далее с установленной врачом периодичностью до стабилизации состояния организма, улучшения когнитивных функций и психоэмоционального состояния, но не чаще 2 раз в год.

В целях коррекции или ликвидации признаков преждевременной активации механизмов старения и предрискнов, улучшения когнитивных функций и психоэмоционального состояния исполнительные органы субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья вправе организовать на базе центров здоровья (центров медицинской профилактики) кабинеты (подразделения) двигательной активности, нейрокогнитивной и психологической разгрузки, кабинеты для проведения медицинских вмешательств, необходимых для коррекции или ликвидации признаков преждевременной активации механизмов старения и предрискнов, включая методы физиотерапии, а также школы по медицине здорового долголетия.

Особенности оплаты медицинской помощи в рамках диспансерного наблюдения взрослого населения:

Диспансерное наблюдение представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц.

Порядок проведения диспансерного наблюдения за взрослыми утвержден приказом Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» и приказом Минздрава России от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».

Диспансерное наблюдение осуществляют медицинские работники

медицинской организации (структурного подразделения иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность), где пациент получает первичную медико-санитарную помощь.

В рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации) организуется проведение профилактического медицинского осмотра.

В случае проведения диспансерного наблюдения за пациентами с несколькими заболеваниями, перечень контролируемых показателей состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения должен включать все параметры, соответствующие каждому заболеванию.

Оплата случаев диспансерного наблюдения осуществляется за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных порядком проведения диспансерного наблюдения, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья.

Медицинские организации с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» или регионального портала государственных и муниципальных услуг (функций) в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также с привлечением страховых медицинских организаций информируют застрахованное лицо, за которым установлено диспансерное наблюдение, о рекомендуемых сроках явки на диспансерный прием (осмотр, консультацию).

В отношении работающих застрахованных лиц по месту осуществления служебной деятельности может быть организовано проведение диспансерного наблюдения в целях профилактики развития профессиональных заболеваний или осложнений, обострений, ранее сформированных хронических неинфекционных заболеваний (далее - диспансерное наблюдение работающих граждан), если такое решение включено в территориальную программу государственных гарантий.

Организация диспансерного наблюдения работающих граждан может осуществляться:

при наличии у работодателя подразделения (кабинет врача, здравпункт, медицинский кабинет, медицинская часть и другие подразделения), оказывающего медицинскую помощь работникам организации, - силами и средствами такого подразделения;

при отсутствии у работодателя указанного подразделения - путем заключения работодателем договора с государственной (муниципальной) медицинской организацией любой подведомственности, участвующей в базовой программе обязательного медицинского страхования и (или) территориальной программе обязательного медицинского страхования и имеющей материально-техническую базу и медицинских работников, необходимых для проведения диспансерного наблюдения работающего гражданина (с оплатой такой медицинской помощи по отдельным реестрам счетов в порядке,

устанавливаемом Министерством здравоохранения Российской Федерации).

Диспансерное наблюдение работающего гражданина может быть проведено силами медицинской организации, к которой прикреплен работающий гражданин, с использованием выездных методов работы и организацией осмотров и исследований по месту осуществления гражданином служебной деятельности.

Если медицинская организация, осуществляющая диспансерное наблюдение работающего гражданина в соответствии с настоящим разделом, не является медицинской организацией, к которой прикреплен работающий гражданин, то такая организация направляет сведения о результатах прохождения работающим гражданином диспансерного наблюдения в медицинскую организацию, к которой прикреплен работающий гражданин, с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации) в течение 3 рабочих дней после получения указанных результатов.

Порядок проведения диспансерного наблюдения работающих граждан и порядок обмена информацией о результатах такого диспансерного наблюдения между медицинскими организациями устанавливаются Министерством здравоохранения Российской Федерации.

В соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения за взрослыми медицинский работник медицинской организации, где пациент получает первичную медико-санитарную помощь, при проведении диспансерного наблюдения осуществляет при необходимости дистанционное наблюдение за пациентами в соответствии с порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий. Дистанционное наблюдение назначается лечащим врачом, включая программу и порядок дистанционного наблюдения, по результатам очного приема (осмотра, консультации) и установления диагноза.

Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом осуществляется с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, и (или) государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации, и (или) медицинских информационных систем, и (или) иных информационных систем. В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляется дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом.

Особенности оплаты школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания

Посещение школ для больных с хроническими неинфекциоными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания оплачивается вне подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных

условиях за единицу объема.

Организация работы и ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания регламентируется нормативными документами исполнительных органов субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

Телемедицинские технологии используются в целях повышения доступности медицинской помощи, сокращения сроков ожидания консультаций и диагностики, оптимизации маршрутизации пациентов и повышения эффективности оказываемой медицинской помощи маломобильным гражданам, имеющим физические ограничения, а также жителям отдаленных и малонаселенных районов.

Телемедицинские технологии применяются при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.

Консультации с применением телемедицинских технологий проводятся в порядке, утвержденном Министерством здравоохранения Российской Федерации.

При оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий консультации и (или) консилиумы врачей с применением телемедицинских технологий в плановой форме осуществляются с учетом соблюдения установленных требований к срокам проведения таких консультаций.

Медицинские работники медицинских организаций организовывают проведение консультаций с использованием телемедицинских и (или) дистанционных технологий с последующим внесением соответствующей информации о проведении и результатах таких консультаций в медицинскую документацию пациента, в том числе в форме электронного документа.

Оплату за проведение консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой при оказании медицинской помощи в экстренной, неотложной и плановой формах осуществляет медицинская организация, запросившая консультацию с применением телемедицинских технологий.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому) на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, за исключением расходов на оплату телемедицинских консультаций, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения, проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом

консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Оплата медицинской помощи с применением телемедицинских технологий осуществляется:

- в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения – за единицу объема медицинской помощи;
- в медицинских организациях, имеющих прикрепленное население (при оказании медицинской помощи застрахованному лицу, прикрепленному к указанной медицинской организации) – в рамках подушевого норматива финансирования;
- в медицинских организациях, имеющих прикрепленное население (при оказании медицинской помощи застрахованному лицу, прикрепленному к иной медицинской организации) – в рамках межучрежденческих расчетов из средств, получаемых по подушевому нормативу финансирования медицинской организацией, к которой прикреплено указанное застрахованное лицо.

Особенности иных видов консультирования

Доабортное консультирование беременных женщин, включая консультацию психолога, в целях профилактики прерывания беременности, осуществляющее в соответствии с приказом Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования как профилактическое посещение к акушеру-гинекологу.

Медико-психологическое консультирование медицинскими психологами женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования.

Особенности оплаты медицинской реабилитации в амбулаторных условиях

Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, исходя из установленных Территориальной программой государственных гарантий в соответствии с Программой территориальных нормативов объема и финансовых затрат на единицу объема для медицинской реабилитации.

При этом комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем 10–12 посещений.

Рекомендуется осуществлять оплату медицинской реабилитации в амбулаторных условиях дифференцированно, в том числе в зависимости от оценки состояния пациента по ШРМ (1–3 балла) и заболевания (профиля

заболевания), по поводу которого проводится медицинская реабилитация.

Медицинская реабилитация пациентам может быть оплачена:

- при заболеваниях центральной нервной системы по баллам ШРМ;
- при кардиологических заболеваниях по баллам ШРМ;
- при заболеваниях опорно-двигательного аппарата по баллам ШРМ;
- после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19)) по баллам ШРМ;
- при других соматических заболеваниях по баллам ШРМ.

Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях.

Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации.

При этом, по решению лечащего врача консультация отдельных специалистов в рамках комплексного посещения может осуществляться в том числе с использованием телемедицинских технологий (1-2 посещения).

2.2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, и их применение.

2.2.1. Специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, оказывается в стационарных условиях врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию; предоставляется в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (приложение № 4 к настоящему тарифному соглашению «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточных стационаров»).

Способы оплаты специализированной медицинской помощи в условиях стационара:

а) за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний);

б) за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по

объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа, а также за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний.

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

а. Диагноз (код по МКБ 10);

Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее - Номенклатура), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);

а. Схема лекарственной терапии;

б. Международное непатентованное наименование (далее - МНН) лекарственного препарата;

с. Возрастная категория пациента;

д. Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра (далее - МКБ-10));

е. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации; индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);

ф. Длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);

г. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

х. Пол;

и.Длительность лечения;

ж.Этап лечения, в том числе этап проведения экстракорпорального

оплодотворения, долечивание пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), посттрансплантационный период после пересадки костного мозга;

к. Показания к применению лекарственного препарата;

1. Объем послеоперационных грыж брюшной стенки;

м. Степень тяжести заболевания;

н. Сочетание нескольких классификационных критериев в рамках одного классификационного критерия (например, сочетание оценки состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации с назначением ботулинического токсина).

В случае, если в названии классификационного критерия отнесения случая лечения к КСГ предусмотрено обязательное выполнение отдельных медицинских услуг (например, для КСГ st37.030 «Комплексная медицинская реабилитация после протезирования нижних конечностей с установкой постоянного экзопротеза, в том числе с болевым синдромом»), соответствующая КСГ может быть выбрана для оплаты только в случае выполнения всех услуг, обязательное выполнение которых предусмотрено соответствующим иным классификационным критерием.

Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ 10, являющийся основным поводом к госпитализации.

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 этом должен быть обеспечен учет всех медицинских услуг и классификационных критериев.

2.2.3. В случае проведения пациенту с хронической почечной недостаточностью в период его нахождения в стационаре заместительной почечной терапии методом гемодиализа оплата производится по КСГ для оплаты услуг диализа только в сочетании с основной КСГ.

2.2.4. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» осуществляется при наличии следующих условий:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;

2. случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;

3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);

4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;

5. случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;

6. случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);

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

8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1-7 пункта 2.2.4 данного раздела) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, приведенный ниже в таблице 2.1 настоящего документа;

9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, st37.027, st37.028, st37.029, st37.030, st37. с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и приложением «расшифровка клинико-статистических групп заболеваний для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях» (далее – Группировщик).

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

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2-9 пункта 2.2.6 настоящего раздела рекомендаций, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2-4 пункта 2.2.4 данного раздела.

Таблицей 2.1 определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

При проведении пациенту хирургической операции и(или) проведении тромболитической терапии, являющейся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к КСГ, в случае если длительность лечения составила 3 дня и менее случай оплачивается в размере 80% от стоимости КСГ, кроме случаев оказания медицинской помощи, приведенных в

таблице 2.1.

Таблица 2.1.

**Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней
включительно**

№ КСГ	Наименование КСГ
st02.001	Осложнения, связанные с беременностью
st02.002	Беременность, закончившаяся abortивным исходом
st02.003	Родоразрешение
st02.004	Кесарево сечение
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
st02.015	Операции на женских половых органах (уровень 5)
st02.016	Операции на женских половых органах (уровень 6)
st02.017	Операции на женских половых органах (уровень 7)
st03.002	Ангионевротический отек, анафилактический шок
st05.008	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе <*>
st08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети <*>
st08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети <*>
st08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети <*>
st09.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 7)
st10.008	Другие операции на органах брюшной полости, дети
st12.001	Кишечные инфекции, взрослые
st12.002	Кишечные инфекции, дети
st12.010	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые
st12.011	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
st14.004	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 4)
st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1) <*>
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2) <*>
st16.005	С сотрясение головного мозга
st19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
st19.038	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
st19.163	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1) <*>
st19.164	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2) <*>
st19.165	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3) <*>
st19.166	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4) <*>
st19.167	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5) <*>
st19.168	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6) <*>
st19.169	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и

№ КСГ	Наименование КСГ
	кроветворной тканей), взрослые (уровень 7) <*>
st19.170	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8) <*>
st19.171	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9) <*>
st19.172	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) <*>
st19.173	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11) <*>
st19.174	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12) <*>
st19.175	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13) <*>
st19.176	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) <*>
st19.177	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15) <*>
st19.178	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16) <*>
st19.179	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17) <*>
st19.180	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 18) <*>
st19.181	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 19) <*>
st19.082	Лучевая терапия (уровень 8)
st19.090	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения (уровень 1)
st19.094	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
st19.097	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
st19.100	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4)
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st21.009	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
st21.010	Интратиреальное введение лекарственных препаратов
st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
st27.012	Отравления и другие воздействия внешних причин
st30.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
st30.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)

№ КСГ	Наименование КСГ
st30.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
st30.012	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
st30.014	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
st30.016	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 7)
st31.017	Добропачественные новообразования, новообразования <i>in situ</i> кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
st32.002	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
st32.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
st32.020	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 4)
st32.021	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 5)
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина <*>
st36.020	Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) (уровень 1)
st36.021	Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) (уровень 2)
st36.022	Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) (уровень 3)
st36.023	Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) (уровень 4)
st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранные оксигенация
st36.024	Радиоийодтерапия
st36.025	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)
st36.026	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)
st36.028	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1) <*>
st36.029	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2) <*>
st36.030	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3) <*>
st36.031	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 4) <*>
st36.032	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 5) <*>
st36.033	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 6) <*>
st36.034	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 7) <*>
st36.035	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 8) <*>
st36.036	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 9) <*>
st36.037	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 10) <*>
st36.038	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных

№ КСГ	Наименование КСГ
	иммунодепрессантов (уровень 11) <*>
st36.039	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 12) <*>
st36.040	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 13) <*>
st36.041	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 14) <*>
st36.042	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 15) <*>
st36.043	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 16) <*>
st36.044	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 17) <*>
st36.045	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 18) <*>
st36.046	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 19) <*>
st36.047	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 20) <*>
st36.048	Досуточная госпитализация в диагностических целях
st36.049	Госпитализация маломобильных граждан в целях прохождения диспансеризации, первый этап (второй этап при наличии показаний)

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

В случае проведения пациенту хирургической операции и(или) проведения тромболитической терапии, длительность госпитализации при прерванном случае лечения составила более 3-х дней, случай оплачивается в размере 90% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию

№ КСГ	Наименование КСГ
В стационарных условиях	
st02.003	Родоразрешение
st02.004	Кесарево сечение
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
st02.012	Операции на женских половых органах (уровень 3)
st02.013	Операции на женских половых органах (уровень 4)
st02.014	Слинговые операции при недержании мочи
st02.015	Операции на женских половых органах (уровень 5)
st02.016	Операции на женских половых органах (уровень 6)
st02.017	Операции на женских половых органах (уровень 7)
st02.014	Слинговые операции при недержании мочи
st09.001	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)

№ КСГ	Наименование КСГ
st09.002	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 2)
st09.003	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)
st09.004	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)
st09.005	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 1)
st09.006	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 2)
st09.007	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 3)
st09.008	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)
st09.009	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)
st09.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)
st09.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 7)
st10.001	Детская хирургия (уровень 1)
st10.002	Детская хирургия (уровень 2)
st10.003	АпPENDэктомия, дети
st10.005	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)
st10.006	Операции по поводу грыж, дети (уровень 2)
st10.007	Операции по поводу грыж, дети (уровень 3)
st10.008	Другие операции на органах брюшной полости, дети
st13.002	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
st13.005	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
st13.007	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
st13.008	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 1)
st13.009	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 2)
st13.010	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 3)
st14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
st14.003	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 3)
st14.004	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 4)
st15.015	Инфаркт мозга (уровень 2)
st15.016	Инфаркт мозга (уровень 3)
st16.007	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 1)
st16.008	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 2)
st16.009	Операции на периферической нервной системе (уровень 1)
st16.010	Операции на периферической нервной системе (уровень 2)
st16.011	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)
st18.002	Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа
st19.001	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.002	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.003	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3)

№ КСГ	Наименование КСГ
st19.004	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.005	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.006	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1)
st19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
st19.008	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3)
st19.009	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
st19.010	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
st19.011	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3)
st19.012	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 1)
st19.013	Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 2)
st19.014	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1)
st19.015	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2)
st19.016	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы (уровень 1)
st19.017	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы (уровень 2)
st19.018	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1)
st19.019	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2)
st19.020	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3)
st19.021	Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости
st19.022	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях
st19.023	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1)
st19.024	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)
st19.025	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1)
st19.026	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2)
st19.123	Прочие операции при ЗНО (уровень 1)
st19.124	Прочие операции при ЗНО (уровень 2)
st19.038	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
st19.104	Эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных

№ КСГ	Наименование КСГ
	путях (уровень 1)
st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
st20.007	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)
st20.008	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
st20.009	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st21.009	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
st21.010	Интравитреальное введение лекарственных препаратов
st24.004	Ревматические болезни сердца (уровень 2)
st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
st25.005	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 1)
st25.006	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 2)
st25.007	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 3)
st25.008	Операции на сосудах (уровень 1)
st25.009	Операции на сосудах (уровень 2)
st25.010	Операции на сосудах (уровень 3)
st25.011	Операции на сосудах (уровень 4)
st25.012	Операции на сосудах (уровень 5)
st25.013	Баллонная вазодилатация с установкой 1 стента в сосуд (сосуды)
st25.014	Баллонная вазодилатация с установкой 2 стентов в сосуд (сосуды)
st25.015	Баллонная вазодилатация с установкой 3 стентов в сосуд (сосуды)
st27.007	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2)
st27.009	Другие болезни сердца (уровень 2)
st28.002	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 1)
st28.003	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 2)
st28.004	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3)
st28.005	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)
st29.007	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)
st29.008	Эндопротезирование суставов
st29.009	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
st29.010	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)

№ КСГ	Наименование КСГ
st29.011	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)
st29.012	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)
st29.013	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)
st30.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
st30.007	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)
st30.008	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)
st30.009	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)
st30.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
st30.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
st30.012	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
st30.013	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 4)
st30.014	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
st30.015	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)
st30.016	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 7)
st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
st31.003	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)
st31.004	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)
st31.005	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 4)
st31.006	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 1)
st31.007	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 2)
st31.008	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 3)
st31.009	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)
st31.010	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)
st31.015	Остеомиелит (уровень 3)
st31.019	Операции на молочной железе (кроме злокачественных новообразований)
st32.001	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 1)
st32.002	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
st32.003	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 3)
st32.004	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)
st32.005	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 1)
st32.006	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)
st32.007	Панкреатит, хирургическое лечение
st32.008	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатiperстной кишке (уровень 1)
st32.009	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатiperстной кишке (уровень 2)
st32.010	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатiperстной кишке (уровень 3)
st32.011	АпPENDэктомия, взрослые
st32.013	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
st32.014	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
st32.015	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
st32.019	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 4)
st32.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
st32.017	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)
st32.018	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 3)
st32.020	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 4)

№ КСГ	Наименование КСГ
st32.021	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 5)
st33.005	Ожоги (уровень 3)
st33.006	Ожоги (уровень 4)
st33.007	Ожоги (уровень 5)
st33.008	Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
st34.003	Операции на органах полости рта (уровень 2)
st34.004	Операции на органах полости рта (уровень 3)
st34.005	Операции на органах полости рта (уровень 4)
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранные оксигенация

Прерванные случаи оказания медицинской помощи, при которых не проводилось хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия, и длительности лечения 3 дня и менее дней случай, оплачиваются в размере 30% от стоимости КСГ (при этом основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз).

Прерванные случаи оказания медицинской помощи, при которых не проводилось хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия, и длительности лечения более 3-х дней случай, оплачиваются в размере 70% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 7 и 9 пункта 2.2.4 данного раздела рекомендаций, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии

Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у пациентов в возрасте 18 лет и старше.

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, длительность цикла, количество дней введения, способ введения (в случае указания в схеме), скорость введения (капельно, струйно, в случае указания в схеме), разовую дозу препарата (фиксированная величина или разовая доза в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента).

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в «Группировщиках», для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является

прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1–6 пункта 2.2.4 данного раздела рекомендаций.

В случае снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» в «Группировщиках» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии) схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.2.4):

- снижение дозы произведено согласно инструкции по применению к химиотерапевтическому препарату или в соответствии с клиническими рекомендациями, в том числе в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- возможность смещения интервала между введениями предусмотрена клиническими рекомендациями, либо необходимость смещения возникла в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Для остальных случаев (в том числе случаев проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) классификационным критерием отнесения к КСГ служит схема sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенными в подпунктах 1 – 6 пункта 2.2.4

Также схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.2.4) при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».

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

Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D)

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D) (далее – ХВГ) включает в себя: наименование лекарственных препаратов, лекарственную форму, режим дозирования количество дней введения, а также способ введения (в случае указания в схеме).

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и

оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.2.4 данного раздела рекомендаций) в случае проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».

Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, способ введения, количество дней введения для инъекционных форм или дней приёма для таблетированных форм, разовую дозу препарата, форму выпуска для препаратов, чей способ введения не меняется в зависимости от формы выпуска, а также слова «поддерживающая терапия» для всех МНН, кроме тех, применение которых не подразумевает выделения этапов инициации и поддерживающей терапии. Для МНН, применение которых не предусматривает этап инициации, как первое введение, так и последующие оплачиваются по КСГ «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1-20)».

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме, в том числе при длительности лечения 3 дня и менее, если она выполнена в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе), а также при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.2.4 данного раздела рекомендаций.

2.2.5. Оплата случая лечения по двум и более КСГ.

Медицинская помощь, оказываемая пациентам одновременно по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях:

1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую; оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным пунктом 2.2.4;

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

3. Оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных

новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

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

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

6. Дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности и пребывания в нем в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

- О14.1 Тяжелая преэклампсия;
- О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;
- О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;
- О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;
- О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией;

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

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

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами;

10. В случае длительности госпитализации при лекарственной терапии пациентов со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей более 30 дней.

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

2.2.6. Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи

пациенту.

В случае если у пациента после оказания специализированной медицинской помощи определяются показания к получению медицинской помощи с применением метода лечения, включенного в Перечень видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, либо после оказания высокотехнологичной медицинской помощи определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. При этом предоперационный и послеоперационный период включается в законченный случай лечения как для специализированной, так и для высокотехнологичной медицинской помощи, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.

Если пациенту в момент оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «неонатология», «детская хирургия в период новорожденности», «офтальмология», «сердечно-сосудистая хирургия», «педиатрия», «торакальная хирургия» определяются показания к проведению иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции, то данный случай оплачивается по двум (нескольким) тарифам: в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по соответствующему нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и по соответствующей КСГ в рамках специализированной медицинской помощи.

Кратность применения КСГ «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции» должна соответствовать количеству введений паливизумаба для проведения иммунизации за весь период госпитализации.

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

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ–10, модели пациента, вида и метода лечения аналогичным параметрам, установленным перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи (Приложение № 1 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов,

утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188), содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень ВМП).

Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов». В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню ВМП, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

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

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

Для КСГ st37.001-st37.013, st37.021-st37.031 в стационарных условиях критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (далее - ШРМ) в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».

При оценке 3 балла по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации.

При оценке 4-5-6 баллов по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинatalного периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах, требующих продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем служит оценка степени тяжести заболевания, определяющая сложность и условия проведения медицинской реабилитации.

При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ.

При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок может получать медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

Медицинская реабилитация по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, длительностью менее предусмотренного соответствующим классификационным критерием значения является прерванным и оплачивается в соответствии с пунктом 2.2.4.

Также, при увеличении стоимости КСГ (st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025) были учтены затраты, связанные с применением роботизированных систем. При этом в целях учета случаев лечения с применением роботизированных систем были добавлены иные классификационные критерии «гъргъ4», «гъргъ5», «гъгъ4d12», «гъгъ4d14», «гъгъ5d18», «гъгъ5d20» включающие, в том числе оценку по шкале реабилитационной маршрутизации и длительность лечения.

Также в целях учета случаев лечения с применением ботулинического токсина предусмотрены иные классификационные критерии, соответствующие оценке по шкале реабилитационной маршрутизации в сочетании с применением ботулинического токсина.

В целях учета случаев медицинской реабилитации с применением роботизированных систем и введение ботулинического токсина добавлены иные классификационные критерии, включающие, в том числе оценку по шкале реабилитационной маршрутизации и длительность лечения.

Применение роботизированных систем и/или введение ботулинического токсина для КСГ не является обязательным.

Оплата первого этапа медицинской реабилитации осуществляется с использованием коэффициента сложности лечения пациентов.

Данный коэффициент предусматривает оплату реабилитационных мероприятий при проведении реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5-ти суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации).

КСЛП «Проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов» применяется один раз к случаю лечения, в том числе в случае, если оплата случая лечения осуществляется по двум КСГ.

В рамках реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования оплата случаев медицинской реабилитации детей в медицинских организациях, которые в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации детей, утвержденным приказом Минздрава России

от 23.10.2019 № 878н, отнесены к медицинским организациям четвертой группы (федеральные центры медицинской реабилитации для детей и федеральные медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь детям, имеющие в своей структуре отделение (центр) медицинской реабилитации для детей, осуществляющее медицинскую реабилитацию в стационарных условиях и (или) в условиях дневного стационара), с использованием КСГ st37.027- st37.029 осуществляется в следующие порядке.

Случай медицинской реабилитации детей, оплачиваемый в указанных медицинских организациях по КСГ st37.027-st37.029 является:

- законченным при условии длительности случая лечения 18 дней и более;
- прерванным при условии длительности случая лечения от 12 до 17 дней включительно.

Случай медицинской реабилитации детей в вышеуказанных медицинских организациях 4 группы длительностью 11 дней и менее подлежит оплате по иным КСГ по профилю «медицинская реабилитация» за исключением КСГ st37.027-st37.029.

2.2.8. Оплата случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология».

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

2.2.9. Оплата случаев лечения по профилю «Онкология».

При расчете стоимости случаев лекарственной терапии онкологических заболеваний учтены в том числе нагрузочные дозы в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделяются).

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

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

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

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) формируются на основании кода МКБ-10 и схемы лекарственной терапии.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей формируются на основании кода МКБ-10, длительности и дополнительного классификационного критерия, включающего группу лекарственного препарата или МНН лекарственного препарата.

2.2.10. Особенности формирования КСГ st12.012 «Грипп, вирус гриппа идентифицирован».

Отнесение к данной КСГ производится по комбинации кода МКБ-10 и кодов Номенклатуры. При идентификации вируса гриппа другими методами (закодированными как услуги, не являющиеся классификационными критериями отнесения случая к КСГ st12.012) и при неидентифицированном вирусе гриппа случай классифицируется в КСГ st12.010 «Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые» или КСГ st12.011 «Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети» в зависимости от возраста пациента.

2.2.11. Особенности формирования КСГ для случаев лечения пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 (st12.015-st12.019).

Формирование групп осуществляется по коду МКБ 10 (U07.1 или U07.2) в сочетании с кодами иного классификационного критерия: «stt1»-«stt4», отражающих тяжесть течения заболевания, или «stt5», отражающим признак долечивания пациента с коронавирусной инфекцией COVID-19. Перечень кодов «stt1»-«stt5» с расшифровкой содержится на вкладке «ДКК» файла «Расшифровка групп».

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

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

Правила оплаты госпитализаций в случае перевода на долечивание:

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

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

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

амбулаторных условиях осуществляется в общем порядке, определенным тарифным соглашением.

2.2.12. Особенности формирования КСГ по профилю «Офтальмология».

Выполнение косметических процедур за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется. В связи с этим оплата по КСГ услуги А16.26.046.001 «Эксимерлазерная фототерапевтическая кератэктомия» осуществляется только при лечении эрозии, язвы роговицы, кератита, помутнения роговицы, возникшего вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности компенсации вызванной ими иррегулярности роговицы с помощью очковой или контактной коррекции, услуг А16.26.046.002 «Эксимерлазерная фоторефракционная кератэктомия» и А16.26.047 «Кератомилез» - при коррекции астигматизма или иррегулярности роговицы, возникших вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности их компенсации с помощью очковой или контактной коррекции. Аналогичные принципы применяются для медицинской услуги А16.26.046 «Кератэктомия».

Кодирование медицинского вмешательства по коду услуги А16.26.093 «Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация» возможно только при наличии противопоказаний к имплантации интраокулярной линзы, отраженных в первичной медицинской документации.

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

Кодирование медицинского вмешательства по КСГ st21.006 «Операции на органе зрения (уровень 6)» по коду услуги А16.26.089 «Витреоэктомия» не допускается при проведении передней витреоэктомии - данные вмешательства должны кодироваться по КСГ st21.003 «Операции на органе зрения (уровень 3)» по коду услуги А16.26.089.001 «Витрэктомия передняя».

Оплата медицинской помощи с проведением медицинской услуги А16.26.086.001 «Интравитреальное введение лекарственных препаратов» по отдельному перечню лекарственных препаратов (классификационные критерии «icv1» - «icv4») осуществляется в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по КСГ st21.010 и ds21.008 «Интравитреальное введение лекарственных препаратов».

При этом возможность оплаты интравитреального введения лекарственных препаратов, не входящих в перечень классификационных критерий отнесения случаев лечения к данным КСГ, сохраняется в стационарных условиях в рамках КСГ st21.001 «Операции на органе зрения (уровень 1)», а в условиях дневного стационара в рамках КСГ ds21.001 «Болезни и травмы глаза».

2.2.13. Особенности формирования КСГ st36.025, st36.026 и ds36.012, ds36.013 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции».

Оплата случаев иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции дифференцирована на две КСГ уровень 1 и уровень 2 в зависимости от возраста ребенка. При этом МНН лекарственного препарата и конкретизация возраста ребенка закодирована в ином классификационном критерии:

- irs1 «паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (дети до 2-х месяцев, включительно)»;
- irs2 «паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (дети старше 2-х месяцев)».

Для отнесения к КСГ st36.025, st36.026 и ds36.012, ds36.013 случай следует кодировать по коду МКБ-10 основного диагноза Z25.8 «Необходимость иммунизации против другой уточненной одной вирусной болезни», коду возраста «4» (от 0 дней до 2 лет) и коду иного классификационного критерия «irs1», соответствующего одному введению паливизумаба в рамках проведения иммунизации против РСВ инфекции для детей до 2-х месяцев (включительно) или «irs2», соответствующего одному введению паливизумаба в рамках проведения иммунизации против РСВ инфекции для детей старше 2-х месяцев.

Указанная КСГ может применяться как самостоятельно, в случае, когда иммунизация против РСВ является основным поводом к госпитализации, так и в сочетании с КСГ или ВМП по профилям «неонатология» или «детская хирургия в период новорожденности» для случаев госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся в том числе показанием к иммунизации.

Если иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции оплачивается в сочетании с другой КСГ, то случай следует кодировать с указанием диагноза Z25.8 «Необходимость иммунизации против другой уточненной одной вирусной болезни» в качестве дополнительного диагноза, кодом возраста «4» (от 0 дней до 2 лет) и коду иного классификационного критерия «irs1» или «irs2».

Детальное описание группировки указанных КСГ для круглосуточного и дневного стационара представлено в таблице.

КСГ	Основно й диагноз (Код МКБ-10)	Дополни тельный диагноз (Код МКБ-10)	Возра ст	Иной классифи ка- ционный критерий	Описание классификационного критерия
st36.025 или ds36.012 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)»	Z25.8		4	irs1	Паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (дети до 2-х месяцев, включительно)
st36.025 или ds36.012 «Проведение иммунизации против респираторно-		Z25.8	4	irs1	Паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против

КСГ	Основно й диагноз (Код МКБ-10)	Дополни тельный диагноз (Код МКБ-10)	Возра ст	Иной класифи ка- ционный критерий	Описание классификационного критерия
синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)»					респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (дети до 2-х месяцев, включительно)
st36.026 или ds36.013 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)»	Z25.8		4	irs2	Паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (дети старше 2-х месяцев)
st36.026 или ds36.013 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)»		Z25.8	4	irs2	Паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (дети старше 2-х месяцев)

2.2.14. Особенности формирования реабилитационных КСГ

Отнесение к КСГ st37.001-st37.031 и ds37.001-ds37.019, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел В) в большинстве случаев вне зависимости от диагноза. В КСГ, используемые для оплаты медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями центральной нервной системы, дополнительно включен диагноз «Рассеянный склероз» (код МКБ-10 G35).

Также для отнесения к группе КСГ учитывается иной классификационный критерий, в котором учтены следующие параметры:

- шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ), установленной Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н;
- уровень курации установленный порядком медицинской реабилитации для детей;
- оптимальная длительность реабилитации в койко-днях (пациенто-днях);
- факт проведения медицинской реабилитации после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19;
- факт назначения ботулинического токсина;
- факт применения роботизированных систем;
- факт сочетания (выполнения) 2-х и более медицинских услуг.

Перечень иных классификационных критериев представлен с расшифровкой в таблице.

Код ДКК	Наименование ДКК
гъ2	2 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ)

гъ2cov	Медицинская реабилитация после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19, 2 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ)
гъ3	3 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ)
гъ3cov	Медицинская реабилитация после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19, 3 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ)
гъ4	4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ)
гъ4cov	Медицинская реабилитация после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19, 4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ)
гъ4d12	4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), не менее 12 дней
гъ4d14	4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), не менее 14 дней
гъ5	5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ)
гъ5cov	Медицинская реабилитация после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19, 5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ)
гъ5d18	5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), не менее 18 дней
гъ5d20	5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), не менее 20 дней
гъ6	6 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ)
гъ2	2 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина
гъ3	3 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина
гъ4d14	4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина, не менее 14 дней
гъ5d20	5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина, не менее 20 дней
гър4	продолжительная медицинская реабилитация (30 дней), 4-балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина
гър5	продолжительная медицинская реабилитация (30 дней) , 5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина
гърго4	продолжительная медицинская реабилитация (30 дней), 4-балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) с применением роботизированных систем и назначение ботулинического токсина
гърго5	продолжительная медицинская реабилитация (30 дней) , 5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) с применением роботизированных систем и назначение ботулинического токсина
гъго4d14	4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) применением роботизированных систем и назначение ботулинического токсина, не менее 14 дней
гъго5d20	5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) с применением роботизированных систем и назначение ботулинического токсина, не менее 20 дней

тър4	продолжительная медицинская реабилитация (30 дней), 4-балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ)
тър5	продолжительная медицинская реабилитация (30 дней), 5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ)
търго4	продолжительная медицинская реабилитация (30 дней), 4-балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) с применением роботизированных систем
търго5	продолжительная медицинская реабилитация (30 дней), 5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) с применением роботизированных систем
търс5	продолжительная медицинская реабилитация (сестринский уход) (30 дней), 5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ)
търт	Посттрансплантационный период для пациентов, перенесших трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток крови и костного мозга (от 30 до 100 дней)
тъгог4d12	4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) с применением роботизированных систем, не менее 12 дней
тъгог4d14	4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) с применением роботизированных систем, не менее 14 дней
тъгог5d18	5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) с применением роботизированных систем, не менее 18 дней
тъгог5d20	5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) с применением роботизированных систем, не менее 20 дней
тъс	Обязательное сочетание 2-х медицинских услуг: Б05.069.005 «Разработка индивидуальной программы дефектологической реабилитации», Б05.069.006 «Разработка индивидуальной программы логопедической реабилитации»
ykur1	Уровень курации I
ykur2	Уровень курации II
ykur3d12	Уровень курации III, не менее 12 дней
ykur4d18	Уровень курации IV, не менее 18 дней
ykur3	Уровень курации III
ykur4	Уровень курации IV
тътcs45d18	Транскраниальная магнитная стимуляция ритмическая навигационная под контролем электромиографии (не менее 12 сеансов), в сочетании с тренировками с биологической обратной связью по подографическим показателям, тренировками с биологической обратной связью по опорной реакции, коррекцией нарушения двигательной функции с использованием компьютерных технологий, высокоинтенсивной лазерной терапии и лечебной физкультурой с использованием тренажера у пациентов с размозжением и травматической ампутацией нижних конечностей, полученных при боевой травме, после протезирования и имеющие навыки ходьбы на протезе, с оценкой функциональных рушений по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) 4-5 баллов (не менее 18 дней). Дополнительно к транскраниальной магнитной стимуляции обязательное сочетание не менее 5 медицинских услуг: А13.29.003 «Клинико-психологическая адаптация»; А17.24.001 «Чрескожная электронейростимуляция при заболеваниях периферической нервной системы»; А19.03.003.015 «Тренировка с биологической обратной связью по

	подографическим показателям при переломе костей»; А19.23.004 «Коррекция нарушения двигательной функции с использованием компьютерных технологий»; А19.30.011 «Тренировка с биологической обратной связью по опорной реакции»
тьыгольст4д1 7	Комплексная медицинская реабилитация с использованием роботизированного программно-аппаратного комплекса, проведением чрезкожной электростимуляции спинного мозга, внутридетрузорным введением ботулинического токсина типа А-гемагглютинину комплекса для восстановления функции нижних мочевыводящих путей у пациентов с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы с оценкой по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) 4 балла (не менее 17 дней). Обязательное выполнение медицинских услуг: А03.28.001 «Цистоскопия (с введением ботулотоксина)»; А17.23.003 «Электронейростимуляция спинного мозга (ЧЭСММ)»; А19.03.001.003 «Роботизированная механотерапия при травме позвоночника»; А17.24.011 «Электростимуляция двигательных нервов»; А19.03.004.001 «Индивидуальное занятие лечебной физкультурой при травме позвоночника с поражением спинного мозга»; А19.30.012 «Упражнения лечебной физкультуры с использованием подвесных систем»
тьыгольст5д1 7	Комплексная медицинская реабилитация с использованием роботизированного программно-аппаратного комплекса, проведением чрезкожной электростимуляции спинного мозга, внутридетрузорным введением ботулинического токсина типа А-гемагглютинину комплекса для восстановления функции нижних мочевыводящих путей у пациентов с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы с оценкой по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) 5 баллов (не менее 17 дней). Обязательное выполнение медицинских услуг: А03.28.001 «Цистоскопия (с введением ботулотоксина)»; А17.23.003 «Электронейростимуляция спинного мозга (ЧЭСММ)»; А19.03.001.003 «Роботизированная механотерапия при травме позвоночника»; А17.24.011 «Электростимуляция двигательных нервов»; А19.03.004.001 «Индивидуальное занятие лечебной физкультурой при травме позвоночника с поражением спинного мозга»; А19.30.012 «Упражнения лечебной физкультуры с использованием подвесных систем»

Состояние пациента по ШРМ оценивается при поступлении в круглосуточный стационар или дневной стационар по максимально выраженному признаку.

При оценке 0–1 балла по ШРМ пациент не нуждается в медицинской реабилитации; при оценке 2 балла пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара; при оценке 3 балла медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации; при оценке

4–6 баллов медицинская реабилитация осуществляется в стационарных условиях, а также в рамках выездной реабилитации в домашних условиях и консультаций в телемедицинском режиме.

2.2.15. Особенности формирования КСГ для случаев лечения дерматозов (st06.004- st06.007).

Отнесение к КСГ st06.004 «Лечение дерматозов с применением наружной терапии» производится только по коду МКБ-10 (диагнозу).

Отнесение к КСГ st06.005 «Лечение дерматозов с применением наружной терапии, физиотерапии, плазмафереза», st06.006 «Лечение дерматозов с применением наружной и системной терапии», st06.007 «Лечение дерматозов с применением наружной терапии и фототерапии» производится по комбинации кода МКБ-10 (диагноза) и иного классификационного критерия из диапазона «derm1»-«derm9», соответствующего примененному виду терапии в соответствии со справочником «ДКК» файла «Расшифровка групп». Для случаев лечения псориаза в ином классификационном критерии также предусмотрена оценка индекса тяжести и рас пространенности псориаза (PASI).

Также в указанные КСГ добавлен код МКБ-10 C84.0 - Грибовидный микоз. При этом сочетание кода C84.0 с иным классификационным критерием «derm4», или «derm5», или «derm7», или «derm8» возможно только при оказании медицинской помощи по профилю «Дermатовенерология».

2.2.16. Оплата случаев лечения соматических заболеваний, осложненных старческой астенией.

КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией» формируется с учетом двух классификационных критериев – основного диагноза пациента (из установленного Расшифровкой групп перечня) и сопутствующего диагноза пациента (R54 Старческая астения).

Обязательным условием для оплаты медицинской помощи по данной КСГ также является лечение на геронтологической профильной койке.

2.2.17 Оплата диспансеризации маломобильных граждан.

Лица из числа граждан, которые имеют нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящие к ограничениям жизнедеятельности, выраженные в неспособности к самообслуживанию, в нуждаемости в постоянной посторонней помощи и уходе, полной зависимости от других лиц (далее - маломобильные граждане), проживающие в отдаленных районах и сельской местности, а также маломобильные граждане, доставка которых в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, затруднена, в целях прохождения диспансеризации могут быть госпитализированы на срок до 3 дней в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь и оснащенную медицинскими изделиями и оборудованием, а также имеющую укомплектованный штат медицинских работников, необходимых для проведения профилактического медицинского осмотра или первого и второго этапов диспансеризации.

Оплата диспансеризации мало мобильных граждан, проводимой в

стационарных условиях, осуществляется при условии обязательного выполнения 100 % объема первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, предусмотренной порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, для соответствующего пола и возраста, а также второго этапа (при наличии показаний) по тарифам на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, устанавливаемым в соответствии с приложением № 4 постановления Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» в пределах объемов медицинской помощи, установленных в территориальной программе обязательного медицинского страхования.

При выявлении у маломобильного гражданина в ходе проведения диспансеризации заболеваний и (или) состояний, требующих оказания ему специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, медицинская организация, проводившая диспансеризацию в стационарных условиях, организует предоставление маломобильному гражданину такой медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.3. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, и их применение.

2.3.1. Медицинская помощь в условиях дневных стационаров предоставляется в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций) согласно приложению № 5 к настоящему тарифному соглашению «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневных стационаров».

Оплата первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в условиях дневных стационаров осуществляется:

а) за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

б) за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического

лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

2.3.2. Формирование КСГ осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями и на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов (классификационных критериев):

- а. Диагноз (код по МКБ 10);
- б. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой, а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий));
- в. Схема лекарственной терапии;
- г. МНН лекарственного препарата;
- д. Возрастная категория пациента;
- е. Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ 10);
- ж. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации; индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);
- з. Длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);
- и. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- к. Пол;
- л. Длительность лечения;
- м. Этап лечения, в том числе этап проведения экстракорпорального оплодотворения, долечивание пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), посттрансплантационный период после пересадки костного мозга;
- н. Показания к применению лекарственного препарата;
- о. Объем послеоперационных грыж брюшной стенки;
- п. Степень тяжести заболевания;
- р. Сочетание нескольких классификационных критериев в рамках одного классификационного критерия (например, сочетание оценки состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации с назначением ботулинического токсина).

2.3.3. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях дневных стационаров.

Таблицей 2.2 определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

При проведении пациенту хирургической операции и(или) проведении тромболитической терапии, являющейся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к КСГ, в случае если длительность лечения составила 3 дня и менее случай оплачивается в размере 80% от стоимости КСГ, кроме случаев оказания медицинской помощи, приведенных в таблице 2.2.

Таблица 2.2.
Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней
включительно в условиях дневного стационара

№ КСГ	Наименование КСГ
ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds02.007	Аборт медикаментозный
ds02.008	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)
ds05.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе*
ds08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети*
ds08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
ds08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
ds15.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
ds15.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
ds19.028	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
ds19.033	Госпитализация в диагностических целях с проведением молекулярно-генетического и (или) иммуногистохимического исследования или иммунофенотипирования
ds19.135	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
ds19.136	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
ds19.137	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
ds19.138	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме

№ КСГ	Наименование КСГ
ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
ds20.006	Замена речевого процессора
ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
ds21.007	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
ds21.008	Интравитреальное введение лекарственных препаратов
ds25.001	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
ds27.001	Отравления и другие воздействия внешних причин
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
ds36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
ds36.012	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)
ds36.013	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)
ds36.015	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1)*
ds36.016	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2)*
ds36.017	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3)*
ds36.018	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 4)*
ds36.019	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 5)*
ds36.020	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 6)*
ds36.021	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 7)*
ds36.022	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 8)*
ds36.023	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 9)*
ds36.024	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 10)*
ds36.025	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 11)*
ds36.026	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 12)*
ds36.027	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 13)*
ds36.028	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 14)*
ds36.029	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 15)*

№ КСГ	Наименование КСГ
ds36.030	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 16)*
ds36.031	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 17)*
ds36.032	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 18)*
ds36.033	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 19)*
ds36.034	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 20)*
ds36.035	Лечение с применением методов афереза (каскадная плазмофильтрация, липидная фильтрация, иммunoсорбция) в случае отсутствия эффективности базисной терапии

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

В случае проведения пациенту хирургической операции и(или) проведении тромболитической терапии, длительность госпитализации при прерванном случае лечения составила более 3-х дней случай оплачивается в размере 90% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию в условиях дневного стационара

ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds02.003	Операции на женских половых органах (уровень 1)
ds02.004	Операции на женских половых органах (уровень 2)
ds09.001	Операции на мужских половых органах, дети
ds09.002	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети
ds10.001	Операции по поводу грыж, дети
ds13.002	Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов
ds14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
ds14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
ds16.002	Операции на периферической нервной системе
ds18.003	Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа
ds19.016	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
ds19.017	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
ds19.028	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
ds20.004	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)
ds20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
ds20.006	Замена речевого процессора

ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
ds21.007	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
ds21.008	Интратреальное введение лекарственных препаратов
ds25.001	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
ds25.002	Операции на сосудах (уровень 1)
ds25.003	Операции на сосудах (уровень 2)
ds28.001	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения
ds29.001	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
ds29.002	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)
ds29.003	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)
ds30.002	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
ds30.003	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)
ds30.004	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
ds30.005	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
ds30.006	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
ds31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
ds31.003	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)
ds31.004	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)
ds31.005	Операции на органах кроветворения и иммунной системы
ds31.006	Операции на молочной железе
ds32.001	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)
ds32.002	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)
ds32.003	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
ds32.004	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
ds32.005	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
ds32.006	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях
ds32.007	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
ds32.008	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
ds34.003	Операции на органах полости рта (уровень 2)

Прерванные случаи оказания медицинской помощи, при которых не проводилось хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия, и длительности лечения 3 дня и менее случай, оплачиваются в размере 30% от стоимости КСГ (при этом основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз).

Прерванные случаи оказания медицинской помощи, при которых не проводилось хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия, и длительности лечения более 3-х дней случай, оплачиваются в размере 70% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

2.3.4. Особенности оплаты медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация».

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

Для КСГ ds37.001-ds37.019 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ) в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н.

При оценке 2 балла по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 балла по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации.

2.3.5 Особенности оплаты случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология».

Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов, в модели КСГ дневного стационара предусмотрены КСГ ds02.008–ds02.011.

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

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет один день, в связи с чем указанные случаи могут быть оказаны как в условиях дневного стационара, так и в амбулаторных условиях.

2.3.6. Особенности формирования КСГ для случаев проведения экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в дневном стационаре.

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

1. Стимуляция суперовуляции;
2. Получение яйцеклетки;
3. Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;
4. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

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

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

Отнесение к КСГ случаев проведения ЭКО осуществляется на основании иных классификационных критериев «ivf1»-«ivf7», отражающих проведение различных этапов цикла ЭКО (полная расшифровка кодов ДКК представлена в справочнике «ДКК» в пункте 1.1.6 настоящего приложения).

В случае если базовый цикл ЭКО завершен по итогам I этапа (стимуляция

суперовуляции) («ivf2»), I-II этапов (получение яйцеклетки) («ivf3»), I-III этапов (экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов («ivf4»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.009 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 2)».

В случае проведения первых трех этапов цикла ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов («ivf5»), а также проведения в рамках случая госпитализации четырех этапов цикла ЭКО без

осуществления криоконсервации эмбрионов («ivf6»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.010 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)».

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

В случае проведения цикла ЭКО с применением криоконсервированных эмбрионов («ivf1»), случай госпитализации оплачивается по КСГ ds02.008 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)».

Средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для оказания медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении представляет собой усредненную стоимость случая ЭКО с учетом проведения у части пациентов неполных циклов и проведения в отдельных случаях полного цикла с крио консервацией эмбрионов и не эквивалентен стоимости КСГ ds02.010 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)».

2.3.7. Особенности формирования КСГ для оплаты лекарственной терапии при хронических вирусных гепатитах в дневном стационаре.

Оплата случаев лекарственной терапии по поводу хронического вирусного гепатита С (ХВГС) и хронического вирусного гепатита В с дельта агентом (далее - ХВГД) осуществляется в соответствии со схемами лекарственной терапии.

Для оплаты лекарственной терапии ХВГС сформированы 13 схем лекарственной терапии с установленной длительностью одной госпитализации 28 дней, отнесенные к одной из КСГ для оплаты случаев медицинской помощи при данном заболевании. ¶

Отнесение к той или иной КСГ случаев лекарственной терапии ХВГС осуществляется только по сочетанию кода диагноза по МКБ-10 и иного классификационного критерия «thc», отражающего применение определенной схемы лекарственной терапии в рамках случая противовирусного лечения.

При оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара впервые установлены средние нормативы объема и финансовых затрат на единицу объема для оказания медицинской помощи больным с вирусным гепатитом С в условиях дневного стационара, которые включают в себя случаи лекарственной терапии хронического вирусного гепатита С в условиях дневного стационара, оплаченные по КСГ ds12.022-ds12.027 «Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 1-6)».

Для оплаты случаев лекарственной терапии при ХВГД сформированы 2 схемы лекарственной терапии с установленной длительностью одной госпитализации 30 дней. Отнесение к КСГ случаев лекарственной терапии ХВГД осуществляется исключительно по сочетанию кода диагноза по МКБ - 10 и иного классификационного критерия «thbd», отражающего применение одной из схем лекарственной терапии при оказании медицинской помощи при данном заболевании.

Детальное описание группировки схем лекарственной терапии ХВГС и ХВГД в КСГ представлено на листе «ХВГ, схемы ЛТ» в составе Группировщика.

Также в рамках КСГ ds12.020 осуществляется оплата случаев лекарственной терапии хронического вирусного гепатита В без дельта агента (далее – ХВГВ), при назначении противовирусной терапии лекарственными препаратами группы нуклеоз(т)идов (A25.14.008.002 - назначение нуклеозидов и нуклеотидов - ингибиторов обратной транскриптазы при хроническом вирусном гепатите В) с установленной длительностью одной госпитализации 30 дней.

Коэффициент относительной затратоемкости для всех указанных КСГ приведен в расчете на усредненные затраты исходя из установленной длительности лекарственной терапии в днях.

Длительность полного курса лекарственной терапии хронических вирусных гепатитов С, Д и В, определяется соответствующими клиническими рекомендациями и инструкцией по медицинскому применению тех или иных лекарственных препаратов.

Критерии оказания медицинской помощи больным с гепатитом С в условиях дневного стационара и стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями, оплата которой осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, утверждены приказом Минздрава России от 27.02.2023 № 70н. Принимая во внимание длительность полного курса лечения, предполагается, что подача счетов на оплату медицинской помощи оказанной в рамках случая лекарственной терапии возможна со следующего дня после окончания установленной длительности одного случая госпитализации.

2.4. Способы оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, и их применение

2.4.1. Скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная медицинская помощь, оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

2.4.2. Скорая медицинская помощь, оказанная вне медицинской организации, предоставляется медицинскими организациями (структурными подразделениями медицинских организаций) согласно приложению № 6 к настоящему тарифному соглашению «Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций с

оплатой по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи».

2.4.3. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

-по подушевому нормативу финансирования;

за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

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 за вызов:

а) скорой медицинской помощи с применением медицинской технологии «тромболизис»;

б) скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, находящимся вне территории субъекта РФ, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования.

Случай оказания медицинской помощи выставляются на оплату отдельными реестрами счетов. При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, в обязательном порядке включаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

За счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение проведенных патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в указанных медицинских организациях.

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Минздрава России от 21.08.2025 № 496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского

страхования». Структура тарифа на оплату медицинской помощи, установленная в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и постановлением Правительства Российской Федерации 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов», включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, финансовую аренду объектов (лизинг), а также выкуп предмета лизинга, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, которые детализируются в соответствии с порядком, устанавливаемым в соответствии со статьями 18, 23.1 и 165 Бюджетного кодекса Российской Федерации, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырехсот тысяч рублей за единицу в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

Расчет тарифов может осуществляться на единицу объема медицинской помощи: 1 посещение с профилактической целью, 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров (в том числе при первом посещении для проведения диспансерного наблюдения), диспансеризации, I этапа углубленной диспансеризации взрослого населения и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, 1 посещение по неотложной помощи, 1 обращение в связи с заболеванием, на 1 консультацию с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, с пациентами или их законными представителями, на 1 УЕТ при оплате стоматологической помощи в амбулаторных условиях, на 1 комплексное посещение школ для больных с хроническими заболеваниями, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, в том числе школ сахарного

диабета, 1 комплексное посещение для проведения диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и (или) обучающихся в образовательных организациях, детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, на 1 комплексное посещение при дистанционном наблюдении за состоянием здоровья пациентов, в том числе пациентов с сахарным диабетом и пациентов с артериальной гипертензией, на 1 комплексное посещение с профилактическими целями центров здоровья, включая динамическое наблюдение за выявленными предприсками и факторами риска развития заболеваний, на 1 комплексное посещение при оказании медицинской помощи по медицинской реабилитации, на 1 исследование второго этапа углубленной диспансеризации, на 1 медицинскую услугу, на 1 диагностическое (лабораторное) исследование, 1 услугу диализа, 1 посещение в целях вакцинации для профилактики пневмококковых инфекций у лиц старше 65 лет, 1 вызов скорой медицинской помощи, за 1 законченный случай госпитализации и лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепившихся к медицинской организации застрахованных лиц.

3.1. Размер тарифов на медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторных условиях.

3.1.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, составляет 8 544,16 руб. и рассчитывается по формуле:

$$\Phi O_{CP}^{AMB} = \frac{OC_{AMB}}{\chi_3}, \text{ где:}$$

OC_{AMB} объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Владимирской области, рублей;

Ч₃ численность застрахованного населения Владимирской области, человек.

Общий объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и

финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, по следующей формуле:

$$OC_{AMB} = (No_{PMO} \times Nfz_{PMO} + No_{DISP} \times Nfz_{DISP} + No_{IC} \times Nfz_{IC} + No_{03} \times Nfz_{03} + No_{NEOTL} \times Nfz_{NEOTL} + No_{MP} \times Nfz_{MP} + No_{DH} \times Nfz_{DH}) \times \chi_3 - OC_{MTP},$$

где:

No_{PMO} средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

No_{DISP} средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

No_{IC} средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

No_{03} средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, обращений;

No_{NEOTL} средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

No_{MP} средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;

No_{DH} средний норматив объема медицинской помощи,

	оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
Нфз _{ПМО}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{ДИСП}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{ИЦ}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз ₀₃	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{НЕОТЛ}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{МР}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{ДН}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный

Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

ОС_{МТР} – объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей.

Перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования амбулаторной помощи, и перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи отражены в таблице 1 Приложения №7 к настоящему тарифному соглашению.

3.1.2. Значение базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц определяется по следующей формуле:

$$ПН_{БАЗ} = \left(\frac{ОС_{ПНФ} - ОС_{РД}}{\chi_3 \times СКД_{от} \times СКД_{пв} \times КД} \right),$$

где:

ПН_{БАЗ} – Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей;

ОС_{ПНФ} – объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей;

ОС_{РД} – объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке, рублей;

СКД_{от} – значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, удаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

СКД_{пв} – значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава;

КД – единый коэффициент дифференциации Владимирской

области, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462 (равен 1).

Значение базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц отражено в таблице 2 Приложения №7 к настоящему тарифному соглашению.

Показатели для расчета дифференцированного подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи приведены в таблице 3 приложения № 7 к настоящему тарифному соглашению.

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Владимирской области (ОС_{ПНФ}), рассчитывается без учета средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, и средств на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, определяется по следующей формуле:

$$OS_{\text{ПНФ}} = OS_{\text{AMB}} - OS_{\text{ФАП}} - OS_{\text{исслед}} - OS_{\text{неотл}} - OS_{\text{ЕО}} - OS_{\text{по}} - OS_{\text{дисп}} - OS_{\text{ДН}} - OS_{\text{ЦЗ}} - OS_{\text{2эт}},$$

где:

OS_{ФАП} – объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными Территориальной программой государственных гарантий размерами финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов (при необходимости – за исключением медицинской помощи в неотложной форме), рублей;

OS_{исслед} – объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С) в

	соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС _{НЕОТЛ}	объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС _{ЕО}	объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам (в том числе комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация»), рублей;
ОС _{ПО}	объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС _{дисп}	объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (в том числе второго этапа диспансеризации, I и II этапов диспансеризации, направленной на оценку репродуктивного здоровья женщин и мужчин, и углубленной диспансеризации), рублей;
ОС _{дн}	объем средств, направляемых на оплату проведения диспансерного наблюдения, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС _{цз}	объем средств, направляемых на оплату посещений с профилактическими целями центров здоровья, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС _{2эт}	объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, предоставляемой в рамках второго этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и всех видов диспансеризации, рублей.

Подушевые нормативы финансирования для каждой медицинской организации определяются дифференцированно с учетом следующих коэффициентов дифференциации:

1) коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, удаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала ($KД_{от}$);

2) коэффициенты половозрастного состава ($KД_{пв}$), рассчитанные на основе половозрастных коэффициентов в разрезе половозрастных групп (отражены в таблице 2 приложения № 7 к настоящему тарифному соглашению);

3) коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения во Владимирской области ($KД_{зп}$);

4) коэффициенты уровня расходов медицинских организаций ($KД_{ур}$) - для всех медицинских организаций, использующих подушевое финансирование амбулаторной помощи, принимаются равными 1;

5) коэффициенты дифференциации ($KД$ равен 1).

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Владимирской области ($DП^i_H$), рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по следующей формуле:

$$DП^i_H = ПН_{БАЗ} \times KД_{пв}^i \times KД_{ур}^i \times KД_{зп}^i \times KД_{от}^i \times KД^i ,$$

где:

$DП^i_H$ дифференцированный подушевой норматив для i -той медицинской организации, рублей;

$KД_{пв}^i$ коэффициент половозрастного состава, для i -той медицинской организации;

$KД_{ур}^i$ коэффициент уровня расходов медицинских организаций, для i -той медицинской организации (при необходимости);

$KД_{зп}^i$ коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i -той медицинской организации (при необходимости);

$KД_{от}^i$ коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, удаленных территориях, поселках городского типа и малых

городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, для i-той медицинской организации;

КДⁱ коэффициент дифференциации для i-той медицинской организации (равен 1).

Значения всех коэффициентов, используемых при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования, значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования, а также численность прикрепленных лиц в разрезе медицинских организаций с указанием даты по состоянию на который представлена численность отражены в таблице 3 Приложения № 7 к настоящему тарифному соглашению.

При оплате первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, размер финансового обеспечения медицинской организации определяется по следующей формуле:

$$ОС_{ПН} = ДП_{Н}^i \times Ч_3^i + ОС_{РД}$$

ОС_{ПН} финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, рублей;

ОС_{РД} объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке (далее – объем средств с учетом показателей результативности), рублей.

ДП_Нⁱ дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей.

Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющих прикрепившихся лиц, в случае достижения показателей результативности деятельности определен в приложении № 26.1. к настоящему тарифному соглашению.

Порядок расчета значения показателей результативности деятельности медицинских организаций определен в приложении № 26.2. к настоящему тарифному соглашению.

3.1.3. Размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов

при условии их соответствия требованиям, установленным приказом Минздрава России от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» устанавливаются в среднем на уровне:

– фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 101 до 800 жителей, – 1 533 700 рублей;

– фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 801 до 1500 жителей, – 3 067 500 рублей;

– фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1501 до 2000 жителей, – 3 067 500 рублей.

Размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов иных типов рассчитываются с применением поправочных коэффициентов, к размерам финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов и составляют:

- для фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих менее 100 жителей, к размеру финансового обеспечения фельдшерского-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 800 жителей, применяется поправочный коэффициент равный 0,5, базовый норматив финансовых затрат составляет 766 850 рублей;

– для фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих более 2000 жителей, к размеру финансового обеспечения фельдшерского-акушерского пункта, обслуживающего 1501 до 2000 жителей, применяется поправочный коэффициент равный 1, базовый норматив финансовых затрат составляет 3 067 500 рублей.

В случае обслуживания фельдшерско-акушерскими пунктами женщин репродуктивного возраста, но при отсутствии в пунктах акушерок, полномочия по проведению санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем, могут быть возложены на фельдшера.

При расчете размера финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов, в том числе пунктов, рекомендуемые штатные нормативы которых не предусматривают должность «Акушерка», размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитанного с учетом доли таких женщин в численности прикрепленного населения.

Данный повышающий коэффициент (в разрезе фельдшерско-акушерских пунктов) учитывается в составе коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемого к размеру финансового обеспечения фельдшерско-акушерского пункта, учитывающего критерий соответствия их требованиям, установленным приказом Минздрава России от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», и устанавливается в тарифном соглашении дифференцированно по структурным подразделениям.

Перечень фельдшерско-акушерских пунктов, диапазон численности обслуживаемого населения, размер коэффициентов специфики и объем

финансового обеспечения определены в приложении № 8 к настоящему тарифному соглашению.

3.1.4. Для оплаты единицы объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, применяются тарифы:

а) на посещения с профилактической целью и по поводу заболевания, на посещения по неотложной помощи, на обращения в связи заболеваниями, на 1 УЕТ при оказании стоматологической помощи, на комплексные посещения школ для больных с хроническими заболеваниями, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, в том числе школ с сахарным диабетом, на комплексные посещения при обращении по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», на комплексное посещение при дистанционном наблюдении за состоянием здоровья пациентов, в том числе пациентов с сахарным диабетом и пациентов с артериальной гипертензией, на 1 посещение в целях вакцинации для профилактики пневмококковых инфекций у лиц старше 65 лет (приложение № 9 к настоящему тарифному соглашению);

б) на посещения по поводу заболевания с консультативной целью (приложение № 10 к настоящему тарифному соглашению);

в) на комплексные посещения с профилактическими целями центров здоровья (приложение № 11 к настоящему тарифному соглашению);

г) на услугу с целью проведения сеанса диализа (приложение № 12 к настоящему тарифному соглашению);

д) на проведение отдельных медицинских услуг, в том числе диагностических (лабораторных исследований) (приложение № 13 к настоящему тарифному соглашению);

е) на комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации (приложение № 14 к настоящему тарифному соглашению);

ж) на комплексное посещение для диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях и диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме (приложение № 15 к настоящему тарифному соглашению).

3.2. Размер тарифов медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования (за исключением размера средств, направляемых на оплату медицинской помощи за пределами субъекта РФ) составляет 8 974,26 руб. на одно застрахованное лицо.

Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка) в

условиях круглосуточного стационара, включенного в КСГ, составляет 34 133,51 рубля.

Отнесение случаев лечения к соответствующей КСГ осуществляется в соответствии с правилами, установленными Методическими рекомендациями.

3.2.1. Стоимость одного случая госпитализации в условиях круглосуточного стационара ($CC_{КСГ}$) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых установлены доли заработной платы и прочих расходов) определяется по следующей формуле:

$$CC_{КСГ} = BC \times KD \times KZ_{КСГ} \times KC_{КСГ} \times KUC_{МО} + BC \times KD \times KSLP,$$

где:

БС базовая ставка, рублей;

$KZ_{КСГ}$ коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;

$KC_{КСГ}$ коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

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

KD коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования», равен 1,0;

$KSLP$ коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости – сумма применяемых КСЛП).

3.2.2. Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$CC_{КСГ} = BC \times KZ_{КСГ} \times ((1 - D_{ЗП}) + D_{ЗП} \times KC_{КСГ} \times KUC_{МО} \times KD) + BC \times KD \times KSLP,$$

где:

Дзп – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ.

КД равен 1,0.

Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат на оказание медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, оплачиваемой по КСГ, приведены в приложении № 16 к настоящему тарифному соглашению.

3.2.3. Коэффициенты относительной затратоемкости, определенные с учетом статей затрат, предусмотренных структурой тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, установленной Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», выполнения целевых показателей уровня заработной платы работников медицинских организаций, предусмотренных Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», стоимости медицинских изделий и лекарственных препаратов, предусмотренных клиническими рекомендациями, традиционных продуктов диетического лечебного питания и специализированных пищевых продуктов диетического лечебного и диетического профилактического питания - смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов¹, включенных в нормы лечебного питания, утвержденные приказом Минздрава России от 21.06.2013 № 395н «Об утверждении норм лечебного питания», в разрезе КСГ в условиях круглосуточного стационара приведены в приложении № 16 к настоящему тарифному соглашению.

3.2.4. Для определения стоимости заключенного случая лечения к базовой ставке помимо коэффициента затратоемкости применяют нижеприведенные коэффициенты:

3.2.4.1. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи (далее коэффициент специфики) – устанавливается для конкретной КСГ с целью мотивации медицинских организаций к регулированию уровня госпитализации при заболеваниях и состояниях, входящих в определенную КСГ, или стимулирования медицинской организации к внедрению конкретных современных методов лечения, а также может применяться в целях стимулирования медицинских организаций, а также медицинских работников (через осуществление выплат стимулирующего характера) к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий.

Коэффициент специфики применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней (подуровней) медицинских организаций (за исключением медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских

¹ Закупке подлежат специализированные продукты лечебного и диетического питания, смеси белковые композитные сухие, выпускаемые по ГОСТ 33933-2016 «Продукты диетического лечебного и диетического профилактического питания. Смеси белковые композитные сухие. Общие технические условия», и витаминно-минеральные комплексы, выпускаемые по ГОСТ Р 57106-2016 «Продукты диетического лечебного и диетического профилактического питания. Комплексы витаминно-минеральные в лечебном питании. Технические условия» и ГОСТ Р 58040-2017 «Комплексы витаминно-минеральные. Общие технические условия».

организаций, расположенных на территории закрытых административных территориальных образований).

Коэффициент специфики не применяется (т.е. устанавливается в значении 1) к КСГ, начинающимся с символов st19 (профиль «Онкология»), st08 (профиль «Детская онкология») и st37 (профиль «Медицинская реабилитация»).

К КСГ, включающим оплату медицинской помощи с применением сложных медицинских технологий, в том числе при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности, а также группы с высокой долей расходов на медикаменты и расходные материалы, понижающие коэффициенты специфики не применяются.

Таблица 1

КСГ, к которым не применяются понижающие коэффициенты специфики

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

Значения коэффициентов специфики приведены в приложении № 16 к настоящему тарифному соглашению.

3.2.4.2. Коэффициент уровня медицинской организации устанавливается в разрезе трех уровней медицинских организаций дифференцированно для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций с учетом требований нормативных правовых документов в сфере охраны здоровья (приложение № 17 к настоящему тарифному соглашению).

С учетом объективных критериев по каждому уровню выделяется не более 5 подуровней медицинской организации с установлением коэффициентов по каждому подуровню.

Установление индивидуального коэффициента уровня (подуровня) медицинской организации в условиях круглосуточного стационара не допускается (за исключением индивидуальных коэффициентов уровня при

условии, если выделяется отдельный подуровень для медицинских организаций и (или) структурных подразделений, расположенных на территории ЗАТО).

Коэффициент уровня медицинской организации отражает разницу в затратах медицинских организаций на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований в медицинских организациях разного уровня, а также оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий.

Госпитали ветеранов войн относятся к подуровню с более высоким коэффициентом подуровня медицинской организации.

К отдельным КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеющим высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающим (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в медицинских организациях различных уровней (например, при аппендиэктомии), коэффициент уровня (подуровня) при оплате таких случаев госпитализации/лечения не применяется (принимается равным 1). Перечень таких КСГ приведен в приложении № 16 к настоящему тарифному соглашению.

При оплате медицинской помощи в медицинских организациях и (или) структурных подразделениях медицинских организаций, расположенных на территории ЗАТО, коэффициент уровня применяется в том числе при оплате медицинской помощи по КСГ, определенным Приложением № 16 к настоящему тарифному соглашению.

Значение коэффициента уровня для медицинских организаций, и (или) структурных подразделений, расположенных на территории ЗАТО, устанавливается в размере не менее 1,2.

3.2.4.3. Коэффициент сложности лечения пациента – учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам и применяется в отдельных случаях (приложения № 18 к настоящему тарифному соглашению).

Приложением № 18 к тарифному соглашению определен «Перечень случаев, для которых установлен КСЛП».

Приложением № 18.1 определен «Порядок применения коэффициента сложности лечения пациента».

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

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных Приложением № 18, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

3.2.4.4. Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения во Владимирской области (Мероприятия по реализации государственной социальной политики, утвержденные Указом Президента Российской Федерации 07.05.2012 № 597) может быть установлен для сохранения целевых показателей по заработной плате отдельных категорий

медицинских работников, определенных Указом Президента Российской Федерации 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

3.2.5. Нормативы финансовых затрат на законченный случай лечения заболеваний по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, приведены в приложении № 19 к настоящему тарифному соглашению.

3.2.6. Высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в федеральных медицинских организациях и в медицинских организациях частной системы здравоохранения, оплачивается с применением коэффициента дифференциации к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи:

1-я группа - 31 процент; 2-я группа - 31 процент; 3-я группа - 30 процентов; 4-я группа – 31 процент; 5-я группа - 31 процент; 6-я группа - 8 процентов; 7-я группа - 6 процентов; 8-я группа - 25 процентов; 9-я группа - 53 процента; 10-я группа - 32 процента; 11-я группа - 50 процентов; 12-я группа - 64 процента; 13-я группа - 25 процентов; 14-я группа - 36 процентов; 15-я группа – 28 процентов; 16-я группа - 41 процент; 17-я группа - 44 процента; 18-я группа - 5 процентов; 19-я группа - 4 процента; 20-я группа - 10 процентов; 21-я группа - 7 процентов; 22-я группа - 17 процентов; 23-я группа - 24 процента; 24-я группа - 18 процентов; 25-я группа – 27 процентов; 26-я группа - 24 процента; 27-я группа - 40 процентов; 28-я группа - 27 процентов; 29-я группа - 8 процентов; 30-я группа - 24 процента; 31-я группа - 32 процента; 32-я группа - 31 процент; 33-я группа - 30 процентов; 34-я группа - 12 процентов; 35.1-я группа - 4 процента; 35.2-я группа - 7 процентов; 35.3-я группа - 14 процентов; 35.4-я группа – 13 процентов; 36-я группа - 21 процент; 37-я группа - 19 процентов; 38-я группа - 51 процент; 39-я группа - 25 процентов; 40-я группа - 18 процентов; 41-я группа - 7 процентов; 42-я группа - 25 процентов; 43-я группа - 28 процентов; 44-я группа - 14 процентов; 45-я группа - 3 процента; 46-я группа - 2 процента; 47-я группа - 36 процентов; 48-я группа - 25 процентов; 49-я группа - 33 процента; 50-я группа - 22 процента; 51-я группа - 59 процентов; 52-я группа - 30 процентов; 53-я группа - 31 процент; 54-я группа – 29 процентов; 55-я группа - 37 процентов; 56-я группа - 33 процента; 57-я группа - 20 процентов; 58-я группа - 15 процентов; 59-я группа - 29 процентов; 60-я группа - 52 процента; 61-я группа - 56 процентов; 62-я группа - 3 процента; 63-я группа - 16 процентов; 64-я группа - 43 процента; 65-я группа - 17 процентов; 66-я группа – 23 процента; 67-я группа - 5 процентов; 68-я группа - 13 процентов; 69-я группа - 5 процентов; 70-я группа - 2 процента; 71-я группа - 13 процентов; 72-я группа – 9 процентов; 73-я группа - 36 процентов; 74-я группа - 30 процентов; 75-я группа - 35 процентов; 76-я группа - 32 процента; 77-я группа - 22 процента; 78-я группа - 11 процентов; 79-я группа - 31 процент; 80-я группа - 33 процента; 81-я группа – 16 процентов; 82-я группа - 16 процентов; 83-я группа - 15 процентов; 84-я группа - 8 процентов; 85-я группа - 15 процентов; 86-я группа - 20 процентов; 87-я группа - 32 процента; 88-я группа - 29 процентов; 89-я группа - 31 процент; 90-я группа – 31 процент; 91-я группа - 30 процентов; 92-я группа - 38 процентов; 93-я группа -

39 процентов; 94-я группа - 30 процентов; 95-я группа - 22 процента; 96-я группа - 42 процента; 97-я группа - 19 процентов; 98-я группа - 45 процентов; 99-я группа - 42 процента; 100-я группа - 18 процентов; 101-я группа - 28 процентов; 102-я группа - 33 процента.

3.2.7 При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в условиях круглосуточного стационара, оплата производится за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Базовый тариф на оплату гемодиализа в условиях круглосуточного стационара устанавливается в размере 8 813,65 рублей.

Для последующего расчета остальных услуг диализа к базовому тарифу применяются коэффициенты относительной затратоемкости (приведены в приложении № 20 к настоящему тарифному соглашению).

3.3. Размер тарифов медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования (за исключением размера средств, направляемых на оплату медицинской помощи за пределами субъекта РФ) составляет 2 275,72 рублей на одно застрахованное лицо.

Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка) в условиях дневного стационара составляет 18 545,39 рубля.

Отнесение случаев лечения к соответствующей КСГ осуществляется в соответствии с правилами, установленными Методическими рекомендациями.

3.3.1. Перечень групп КСГ и установленные коэффициенты относительной затратоемкости для определения стоимости КСГ в условиях дневного стационара приведены в приложении № 21 к настоящему тарифному соглашению.

Стоимость одного случая госпитализации в дневном стационаре (СДС_{КСГ}) по КСГ определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + БС \times КД \times КСЛП,$$

КД равен 1,0.

3.3.2. Стоимость одного случая госпитализации в дневном стационаре по КСГ, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - ДзП) + ДзП \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КД) + БС \times КД \times КСЛП$$

КД равен 1,0.

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных Приложением № 18, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

3.3.3. Для определения стоимости законченного случая лечения к базовой ставке помимо коэффициента затратоемкости применяют нижеприведенные коэффициенты:

3.3.3.1. Коэффициент специфики – устанавливается для конкретной КСГ с целью мотивации медицинских организаций к регулированию уровня госпитализаций при заболеваниях и состояниях, входящих в определенную КСГ, или стимулирования медицинской организации к внедрению конкретных современных методов лечения и является единым для всех уровней (подуровней) медицинских организаций (за исключением медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административных территориальных образований). Кроме того, данный коэффициент может быть применен в целях стимулирования медицинских организаций, а также медицинских работников к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий.

Коэффициент специфики не применяется (т.е. устанавливается в значении 1) к КСГ, начинающимся с символов ds19 (профиль «Онкология») и ds08 (профиль «Детская онкология») и dt37 (профиль «Медицинская реабилитация»).

3.3.3.2. Коэффициент уровня медицинской организации устанавливается в разрезе двух уровней медицинских организаций дифференцированно для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций с учетом требований нормативных документов в сфере здравоохранения (приложение № 22 к настоящему тарифному соглашению).

С учетом объективных критериев (разница в используемых энергоносителях, плотность населения обслуживаемой территории, монопрофильность медицинской организации (например, инфекционная больница, и т.д.), по каждому уровню выделяется не более 5 подуровней медицинской организации с установлением коэффициентов по каждому подуровню.

3.3.3.3. Коэффициент сложности лечения пациента – учитывает высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам и применяется в отдельных случаях (приложение № 18 к настоящему тарифному соглашению).

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных Приложением № 18, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

3.4. Размер тарифов на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации.

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 1 287,92 руб.

3.4.2. По подушевому нормативу финансирования осуществляется оплата

скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой медицинской помощи специализированных, врачебных, фельдшерских бригад, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), за исключением:

- скорой медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами территории Владимирской области;

- скорой медицинской помощи с применением медицинской технологии «тромболизис».

3.4.3. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, составляет на год 1 312,28 руб. и рассчитывается исходя из объема средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Владимирской области, по следующей формуле:

$$Пн_{БАЗ} = \frac{OC_{СМП} - OC_B}{\chi_3 \times KД}, \text{ где:}$$

Пн_{БАЗ} базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;

OC_{СМП} общий объем средств на оплату скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

OC_B объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным во Владимирской области лицам за вызов, рублей;

KД коэффициент дифференции, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования», равен 1,0.

3.4.4. На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций по следующей формуле:

$$ДПн^i = Пн_{БАЗ} \times КД_{ПВ}^i \times КД_{УР}^i \times КД_{ЗП}^i \times КД^i, \text{ где:}$$

- ДПнⁱ дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей;
- КДⁱ_{УР} коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации) для i-той медицинской организации (равен 1);
- КДⁱ_{ЗП} коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения во Владимирской области, для i-той медицинской организации (равен 1);
- КДⁱ Коэффициент дифференциации i-той медицинской организации (равен 1).

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

В целях сохранения сбалансированности территориальных программ обязательного медицинского страхования значения КД_{ПВ}, КД_{УР} и КД_{ЗП} для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, рассчитываются с учетом недопущения влияния применения указанных коэффициентов на общий объем средств, распределяемый между медицинскими организациями по подушевому нормативу финансирования (среднее взвешенное значение каждого из указанных коэффициентов с учетом численности прикрепленного к соответствующим медицинским организациям населения должно составлять 1).

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

$\Phi_{\text{осмп}} = \Delta P_n \times Ч_{\text{зпр}} + ОС_в$, где:

$\Phi_{\text{осмп}}$ размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей;

$Ч_{\text{зпр}}$ численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек.

Показатели для расчета фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи изложить в Приложении № 23 (таблицы 1 и 2) к настоящему тарифному соглашению.

3.4.6. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи) осуществляются путем:

а) установления базового норматива финансовых затрат на оплату скорой медицинской помощи (таблица 1 приложения № 24 к настоящему тарифному соглашению);

б) установления коэффициентов, применяемых для определения стоимости каждой единицы объема (таблица 2 приложения № 24 к настоящему тарифному соглашению).

IV. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

4.1. В соответствии со ст. 40 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные ст. 41 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

В случае выявления по результатам Контроля неисполнения медицинской организацией условий заключенного договора применяются меры в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (Приложение № 25 к настоящему тарифному соглашению).

Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно ст. 41 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому

страхованию, перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

4.2. Санкции, применяемые к медицинским организациям.

4.2.1. Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и размера штрафных санкций за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (далее - Перечень оснований для применения санкций) по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи (далее - МЭК, МЭЭ, ЭКМП) определены приложением № 8 к Правил обзательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 21.08.2025 № 496н (далее – Правила ОМС).

В соответствии с пунктом 209 Правил ОМС размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (Н) (за исключением случаев применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного в приложении № 25 к настоящему тарифному соглашению) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times Kno,$$

где:

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

PT - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный за оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

Kno - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи.

Если стоимость случая, подлежащего неоплате (неполной оплате) не является тарифом, утвержденным тарифным соглашением, или получена расчетным путем, в том числе с использованием доли оплаты прерванных случаев, то параметр PT определяется как сумма, выставленная к оплате по законченному случаю лечения.

Значения коэффициента для определения размера неполной оплаты медицинской помощи приведены в приложении № 8 к Правилам ОМС.

В случаях применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = (PT1 - PT2) + PT2 \times Kno,$$

где:

H - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

PT1 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

PT2 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, который следует применить за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, представленной на экспертизу);

Kno - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с приложением № 8 к Правилам ОМС.

Согласно пункту 211 Правил ОМС размер штрафных санкций, применяемых к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Сшт), рассчитывается по формуле:

$$Csh — RP \times Ksh,$$

где:

Csh - размер штрафных санкций за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

RP - установленный тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленный территориальной программой на год (за исключением нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением № 8 к Правилам ОМС, для которого RP - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи);

Ksh - коэффициент для определения размера штрафных санкций по основанию для начисления штрафных санкций за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Размеры подушевых нормативов финансирования (РП), используемые при определении размера штрафных санкций за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, устанавливаются равными:

1. В амбулаторных условиях – 8 631,58 руб.
2. При оплате скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, - 1 331,20 руб.
3. В стационарных условиях, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, - 9 861,45 руб.
4. В условиях дневного стационара, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, - 2 262,10 руб.
5. Медицинская реабилитация:
 - в амбулаторных условиях – 91,59 руб.
 - в условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь) – 84,06 руб.
 - в условиях круглосуточных стационаров (специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь) – 339,44 руб.

Размеры санкций, применяемых к медицинской организации, определены в Приложении № 25 к настоящему тарифному соглашению.

V. Заключительные положения.

5.1. Настоящее тарифное соглашение заключается на один финансовый год, вступает в силу со дня его подписания, распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение финансового года с 01.01.2026 по 31.12.2026.

5.2. В тарифное соглашение вносятся изменения:

а) при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Владимирской области, в части включения (исключения) медицинских организаций;

б) при внесении изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями (при утверждении распределения объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями не в составе тарифного соглашения - в случае необходимости дополнения (исключения) сведений, предусмотренных в разделах 4 и 5 Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденных приказом Минздрава России от 10.02.2023 № 44н).

в) при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках обязательного медицинского страхования;

г) при внесении изменений в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Минздрава России от 10.02.2023 № 44н, приводящих к изменению структуры и содержания тарифного соглашения;

д) при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

е) при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, высшим исполнительным органом государственной власти Владимирской области решений, приводящих к необходимости внесения изменений в тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

5.3. Внесение изменений в тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

И. о. Министра здравоохранения
Владимирской области

Н.Е. Зиновьева



Первый заместитель директора
территориального фонда обязательного
медицинского страхования Владимирской
области

О.Ю. Серкова



Член областного комитета Владимирской
областной организации
профессионального союза работников
здравоохранения Российской Федерации

В.В. Черняченко

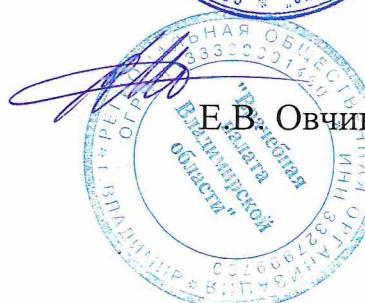


Директор Административного
структурного подразделения
ООО «Капитал Медицинское
страхование» - Филиала
во Владимирской области

И.В. Князева



Член Региональной общественной
организации «Врачебная палата
Владимирской области»



Е.В. Овчинникова