ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
по реализации Московской областной программы обязательного медицинского страхования на 2026 год

г. Красногорск 23 января 2026 г.

I. Общие положения

1. Настоящее Тарифное соглашение по реализации Московской областной программы обязательного медицинского страхования на 2026 год (далее – Тарифное соглашение) разработано и заключено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», 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» (далее – Программа), постановлением Правительства Московской области от 30.12.2025 № 1870-ПП «О Московской областной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Московской области, регулирующими правоотношения по предмету настоящего Тарифного соглашения, между

Министерством здравоохранения Московской области (далее – МЗ МО), в лице Заместителя Председателя Правительства Московской области - министра здравоохранения Московской области Забелина Максима Васильевича;

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Московской области (далее – ТФОМС МО), в лице первого заместителя директора Бобровой Елены Александровны,

Московской областной организацией профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, в лице председателя Суслоновой Нины Владимировны,

Ассоциацией «Врачебная палата Московской области», в лице Председателя Правления Лившица Сергей Анатольевича,

Страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в лице

заместителя директора по экономике ОМС Московской дирекции АО Страховая компания «СОГАЗ-МЕД» Алексеевой Юлии Анатольевны,

именуемыми в дальнейшем Сторонами.

2. Предметом настоящего Тарифного соглашения является установление способа, порядка оплаты и тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках реализации базовой программы Московской областной программы обязательного медицинского страхования (далее – Программа ОМС).

3. Тарифное соглашение регулирует правоотношения, возникающие между участниками обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) при реализации Программы ОМС.

4. Для целей настоящего Тарифного соглашения используются следующие основные понятия и определения.

Понятия «медицинская помощь», «медицинская услуга», «пациент» применительно к настоящему Тарифному соглашению используются в значении, определенном Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Понятия «медицинская организация», «застрахованное лицо», «страховой случай» применительно к настоящему Тарифному соглашению используются в значении, определенном Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Понятия «случай госпитализации», «клинико-статистическая группа заболеваний» (далее – КСГ), «оплата медицинской помощи по КСГ», «базовая ставка», «коэффициент относительной затратоемкости», «коэффициент специфики оказания медицинской помощи», «коэффициент уровня медицинской организации», «коэффициент подуровня медицинской организации», «коэффициент сложности лечения пациентов» применительно к настоящему Тарифному соглашению используются в значении, определенном Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – Методические рекомендации).

Посещение с профилактической и иной целью – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (включая посещений, связанные с профилактическими мероприятиями, в том числе посещения центров здоровья, посещения среднего медицинского персонала, разовые посещения в связи с заболеваниями, в том числе при заболеваниях полости рта, слюнных желез и челюстей, за исключением зубного протезирования, а также посещения центров амбулаторной онкологической помощи (далее – ЦАОП)).

Посещение с неотложной целью – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы

жизни пациента;

Обращение в связи с заболеванием – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (по основной врачебной специальности) – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Обращение состоит из первичного посещения и одного или нескольких посещений пациента(-ки), в результате которых цель обращения достигнута.

Тарифы на посещения с профилактической и иной целью, обращения по заболеванию, посещения с неотложной целью включают в себя комплекс медицинских мероприятий (инструментальные, диагностические, лабораторные и иные исследования), предусмотренные стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями, за исключением тех, на которые настоящим Тарифным соглашением установлены отдельные тарифы.

Учет посещений и обращений осуществляется по форме №025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» и отражается в форме №025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях».

Условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи (далее – УЕТ) – норматив времени, затраченный на оказание стоматологической медицинской помощи.

Прикрепившиеся застрахованные лица – лица, застрахованные по ОМС и включенные в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц Московской области, прикрепившиеся в установленном порядке к медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (на основании факта места жительства на территории обслуживания медицинской организации или заявления о выборе медицинской организации).

Подушевое финансирование – способ оплаты медицинской помощи, при котором объем финансирования медицинской организации зависит от численности прикрепившихся к медицинской организации (обслуживаемых медицинской организацией) застрахованных граждан.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц – объем средств в расчете на одно застрахованное лицо, прикрепившееся к медицинской организации.

Случай госпитализации, законченный случай лечения в условиях круглосуточного и (или) дневного стационаров – единица объема медицинской помощи, включающая в себя совокупность диагностических, лечебных, реабилитационных и консультативных медицинских услуг, предоставленных пациенту в медицинской организации в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций – от момента поступления до выбытия (выписка,

перевод в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания и др.) в случае достижения клинического результата, подтвержденного первичной медицинской документацией, и без клинического результата, в рамках ведения одной медицинской карты стационарного больного.

Прерванный случай оказания медицинской помощи - случаи прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением законченных случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложениях 9в и 11в к Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

Коэффициенты уровней и подуровней медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях:

К первому уровню относятся медицинские организации (структурные подразделения), оказывающие первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь и (или) скорую, в том числе скорую специализированную медицинскую помощь, оказываемую медицинской организацией населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) (за исключением медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами).

Ко второму уровню относятся медицинские организации (структурные подразделения), оказывающие первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь и (или) скорую, в том числе скорую специализированную медицинскую помощь, оказываемую медицинской организацией населению нескольких муниципальных образований, медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), расположенные на территории

закрытых административных территориальных образований, а также оказывающие указанную медицинскую помощь специализированные больницы, больницы скорой медицинской помощи, центры, диспансеры.

К третьему уровню оказания медицинской помощи относятся медицинские организации (структурные подразделения), оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

При определении тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной федеральными медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, применяются подходы, предусмотренные приказом Минздрава России от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», в рамках объемов медицинской помощи, выделенных Комиссией по разработке Московской областной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия).

II. Способы оплаты медицинской помощи

1. Применяемые способы оплаты в рамках реализации Московской областной программы ОМС.

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, осуществляется на основании договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС за фактически оказанную медицинскую помощь в рамках годового объема и финансового обеспечения предоставляемой в рамках Программы ОМС конкретной медицинской организации медицинской помощи по условиям ее оказания, распределенного решением Комиссии (далее – плановый объем медицинской помощи).

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

1 – 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 (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определение 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 для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, 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 предрисками 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 и фельдшерских здравпунктов) 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 медицинской помощи.

2 - за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), используемого:

- в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц,

- при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Московской области;

- при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, а также молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и

ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, включая все виды сцинтиграфических исследований, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определение 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);

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

- профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

- диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, 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 предрисками и факторами риска развития заболеваний;

- 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 сахарного диабета и школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания;

- медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) применяются следующие способы оплаты:

- 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 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 приложении № 9в, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, применяются следующие способы оплаты:

- 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);

- 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, согласно 11в, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

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).

При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

– по подушевому нормативу финансирования, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи (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, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, включая все виды сцинтиграфических исследований неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определение 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 для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний, дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов и фельдшерских здравпунктов) и на медицинскую помощь 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, относящимися к категории маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, или их законными представителями, а также пациентами, являющимися жителями отдаленных районов и малонаселенных районов.

2. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в амбулаторно-поликлинических условиях.

2.1. Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности, представлен в Приложении № 1а к Тарифному соглашению.

2.2. Перечень медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), представлен в Приложении № 1б к Тарифному соглашению.

2.3. Перечень фельдшерских здравпунктов, фельдшерских пунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, дифференцированных по численности обслуживаемого населения, представлен в Приложении № 1д к Тарифному соглашению.

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерских пунктов и фельдшерско-акушерских пунктов включает в себя также объем средств на оплату медицинской помощи в

фельдшерских здравпунктах, фельдшерских пунктов и фельдшерско-акушерских пунктах в неотложной форме и оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому).

2.4. Перечень медицинских организаций и их структурных подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тыс. человек представлен в Приложении № 1е к Тарифному соглашению.

2.5. Подушевое финансирование амбулаторно-поликлинической помощи с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации.

Подушевое финансирование медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, включает финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), посещений медицинских работников со средним образованием, ведущих самостоятельный амбулаторный прием (за исключением, финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов), а также медицинской помощи, оказываемой врачами-специалистами по профилям «Терапия», «Педиатрия», «Неврология», «Хирургия», «Детская хирургия», «Общая врачебная практика» и «Лечебное дело», услуг по молекулярно-биологическому исследованию отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека, услуг по тестированию на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), исследование биологического материала на вирус гриппа, услуг маммографии, флюорографии, услуг за описание и интерпретацию изображений флюорографии легких, маммографии, рентгенологических изображений, медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий (далее – телемедицинские услуги) (за исключением телемедицинских услуг, предоставленных при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому, а также при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами, относящимися к категории маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, или их законными представителями, а также пациентами, являющимися жителями отдаленных районов и малонаселенных районов), проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий, супруга (супруги) участника специальной военной операции, а также супруга (супруги) участника специальной военной операции, пропавшего без вести, 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, а также иные лабораторно-диагностические исследования, тарифы на которые установлены таблицей 3 приложения № 6б к Тарифному соглашению (в случае проведения данных исследований в медицинской организации, выбранной застрахованным лицом для получения первичной медико-санитарной помощи).

Сверх подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц в пределах утвержденных объемов медицинской помощи по тарифам за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) осуществляется финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-специалистами по профилям, не входящим в подушевое финансирование, медицинской помощи в неотложной форме (за исключением, оказанной в фельдшерских здравпунктах, фельдшерских пунктах и фельдшерско-акушерских пунктах, финансовое обеспечение которой осуществляется в пределах финансового обеспечения, установленного приложением 1д), медицинской помощи по профилю «Стоматология», в том числе медицинской помощи, оказанной медицинскими работниками со средним образованием, ведущих самостоятельный амбулаторный прием, диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами, диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, в том числе центрами здоровья, а также диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, услуг скрининга онкологических заболеваний, услуг по проведению компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, сцинтиграфических исследований, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, иммуногистохимических, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии), ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, сцинтиграфических исследований, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, услуг видеодерматоскопии, услуг по диагностике болезней печени, включая

определение 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), комплексных услуг по пренатальной диагностике нарушений внутриутробного развития плода 1 и 2 этапов, за исключением генетического обследования беременных по выявлению (подтверждению) врожденных аномалий (пороков) развития у плода в медико-генетических консультациях (центрах) и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, услуг диализа, стресс эхокардиография с физической нагрузкой, услуги аудиологического скрининга детей 1 года жизни (2 этап) и других методов аудиометрии, скринга кала на скрытую кровь, первичной специализированной медицинской помощи оказываемой выездными бригадами, а также медицинских услуг, проводимых в консультативно-диагностических центрах, ЦАОП (в части посещений и обращений по заболеванию, эндоскопических исследований, услуг по проведению компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, сцинтиграфических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии), посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний, дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, и на медицинскую помощь 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, относящимися к категории маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, или их законными представителями, а также пациентами, являющимися жителями отдаленных районов и малонаселенных районов.

Сверх подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц без контроля объемов медицинской помощи по тарифам за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу) осуществляется финансовое обеспечение услуг рентгенденситометрии, проведения анестезии, забора биоптатов и других услуг в соответствии с разделом «Прочие услуги» таблицы 1 приложения 6б, услуг, связанных с офтальмологическими исследованиями, а также услуг, проводимых ЦАОП (в части услуг, связанных с лабораторно-диагностическими исследованиями, ультразвуковыми исследованиями, не связанными с исследованием сердечно-сосудистой системы,

рентгенологическими методами исследования и услуг из раздела «Прочие услуги» приложения 6ж).

Расчет размера среднего подушевого норматива финансирования, базового подушевого норматива и дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями.

Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций осуществляется ежеквартально.

Показатели результативности деятельности медицинских организаций, а также критерии и методика оценки результативности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) установлены в Приложении № 15 к Тарифному соглашению.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования, установленные в Приложении № 5 к Тарифному соглашению, рассчитаны для медицинских организаций и учитывают рассчитанный для каждой медицинской организации коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, расходов на их содержание и оплату труда персонала, коэффициент половозрастного состава, коэффициентов уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации), коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации.

2.6. Подушевое финансирование медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях и в условиях круглосуточного и дневного стационаров.

Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям медицинской помощи, предоставляемой медицинскими организациями, имеющими в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), представлен в Приложении № 1а.1 к Тарифному соглашению.

Подушевой норматив финансирования, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, включает финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного и дневного стационаров.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации по всем видам и условиям оказания медицинской помощи не включаются расходы на финансовое обеспечение:

- отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, а также молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, включая сцинтиграфические исследования, неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), услуг по диагностике болезней печени, включая определение 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);

- диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами, оплачиваемых за единицу объема;

- фельдшерских здравпунктов, фельдшерских пунктов и фельдшерско-акушерских пунктов;

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

- диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, в том числе центрами здоровья, а также диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

- посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками 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, относящимися к категории маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, или их законными представителями, а также пациентами, являющимися жителями отдаленных районов и малонаселенных районов;

- медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация».

Сверх подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц без контроля объемов медицинской помощи по тарифам за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу) осуществляется финансовое обеспечение проведения анестезии, забора биоптатов и других услуг в соответствии с разделом «Прочие услуги» таблицы 1 приложения 6б «Тарифы на проведение диагностических (лабораторных исследований), оказываемых в амбулаторных условиях, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации», услуг, связанных с офтальмологическими исследованиями, а также услуг, проводимых ЦАОП в части услуг, связанных с лабораторно-диагностическими исследованиями, ультразвуковыми исследованиями, не связанными с исследованием сердечно-сосудистой системы, рентгенологическими методами исследования и услуг из раздела «Прочие услуги» приложения 6ж).

Размер подушевого финансирования указанных медицинских организаций представлен в приложении № 5а к Тарифному соглашению.

Дифференцированные подушевые нормативы, установленные в Приложении № 5а к Тарифному соглашению, рассчитаны для медицинских организаций и учитывают рассчитанный для каждой медицинской организации коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, расходов на их содержание и оплату труда персонала, коэффициент половозрастного состава, коэффициентов уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации), коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации.

Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций осуществляется по итогам работы за квартал в следующем квартале.

Показатели результативности деятельности медицинских организаций, а также критерии и методика оценки результативности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) установлены в Приложении № 15 к Тарифному соглашению.

2.7. Межучрежденческие расчеты осуществляются страховыми медицинскими организациями за проведение следующих услуг:

- при нахождении пациента в амбулаторных условиях: маммографии, флюорографии, услуг по молекулярно-биологическому исследованию отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека (далее – исследование на ВПЧ), консультаций с применением телемедицинских технологий (врач/фельдшер - пациент), отдельных осмотров врачей специалистов, проводимых в рамках профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего, а также медицинской помощи, оказываемой врачами-специалистами по профилям «Неврология» (2.25.960.1, B01.023.001, B04.023.002) и «Детская хирургия» (1.21.960.1, B01.010.001, B04.010.002);

- при нахождении пациента как в амбулаторных условиях, так и в условиях круглосуточного или дневного стационаров: услуг по исследованию биологического материала на вирус гриппа, услуг по тестированию на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), услуг по проведению лабораторно-диагностических исследований, отраженных в разделе «Лабораторно-диагностические исследования» таблицы 3 приложения 6б (далее – услуги ЛДИ), консультаций с применением телемедицинских технологий (врач (консилиум врачей) – врач/фельдшер), услуг, связанных с описанием и интерпретацией изображений флюорографии легких, маммографии, рентгенологических снимков;

- патолого-анатомических вскрытий пациентов, умерших в стационаре медицинских организаций (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов), в которых отсутствует патолого-анатомическое отделение (в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу ОМС).

При этом при проведении контрольно-экспертных мероприятий случаи оказания консультаций с применением телемедицинских технологий (врач (консилиум врачей) – врач/фельдшер), услуг, связанных с описанием и

интерпретаций изображений флюорографии легких, маммографии, рентгенологических снимков, услуг по исследованию биологического материала на вирус гриппа, услуг по проведению лабораторно-диагностических исследований, отраженных в разделе «Лабораторно-диагностические исследования» приложения 6б, участвующих в межучрежденческих расчетах, и проведенные в амбулаторных условиях, представляют собой консультации (медицинские услуги) в другой медицинской организации, и соответственно не являются основаниями для применения санкций в соответствии с п. 1.10.5 Перечня основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющегося приложением к приказу 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».

Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь (или патолого-анатомическое вскрытие), в реестре счетов в поле «MCOD OUT» указывает код медицинской организации, выдавшей направление (или запросившей телемедицинскую консультацию), номер и дату выдачи направления.

В случае оказания консультаций с применением телемедицинских технологий (врач (консилиум врачей) – врач/фельдшер), консультаций с применением телемедицинских технологий (врач/фельдшер - пациент) и дистанционного наблюдения за пациентом (врач/фельдшер - пациент) счет выставляется на оплату при условии, что случай зафиксирован в информационной системе в соответствии с Порядком организации оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в Московской области, утвержденным Распоряжением Минздрава Московской области.

Межучрежденческие расчеты в части медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории Московской области, осуществляются страховыми медицинскими организациями по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в Приложения № 6б к Тарифному соглашению.

Межучрежденческие расчеты в части медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации в отношении услуг ЛДИ, осуществляются ТФОМС МО по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в таблице 3.2 Приложения № 6б к Тарифному соглашению.

Страховые медицинские организации (ТФОМС МО в отношении услуг ЛДИ) осуществляют оплату услуг на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации-

инициатора оказания медицинской помощи в другой медицинской организации, уменьшается на объем средств, перечисленных медицинской организации, в которой были фактически выполнены отдельные медицинские вмешательства, исследования, за выполнение отдельных медицинских вмешательств, исследований по направлениям, выданным данной медицинской организацией.

2.8. Оплата медицинской помощи, оказанной при стоматологических заболеваниях в амбулаторных условиях: в стоматологической поликлинике, в отделениях (кабинетах) стоматологического профиля медицинских организаций, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за посещение (обращение) с учетом УЕТ.

Законченный случай оказания стоматологической помощи предъявляется к оплате как совокупная стоимость лечебно-диагностических услуг, оказанных врачами-стоматологами и зубными врачами пациенту для достижения результата обращения за медицинской помощью, с указанием формулы зубов, предложенной Всемирной организацией здравоохранения.

Стоимость УЕТ и классификатор медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, выраженной в УЕТ, устанавливаются Приложением № 7 к Тарифному соглашению.

Стоимость УЕТ установлена для каждой группы стоматологических услуг по видам стоматологической помощи.

Рекомендуемая средняя кратность УЕТ в одном посещении - 4,2.

Не допускается использование нескольких услуг с признаком «первичный» у специалистов одного профиля по одному пациенту в отчетном месяце.

Не допускается использование набора услуг «А» без услуг «В» в одном посещении.

Один визит пациента является одним посещением.

Обращение пациента по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания, включающий в себя одно первичное посещение и одно или более повторное посещение соответствующего врача-стоматолога (зубного врача).

Учет количества посещений ведется по приемам врачей, зубных врачей (профилактическому, диспансерному, первичному и повторному), т.е. по услугам с кодом «В», за исключением услуг по анестезиологии.

Учет количества обращений - законченных случаев оказания стоматологической помощи – учитывается при выставлении в отчетном месяце у пациента 2-х и более медицинских услуг с кодом «В», по каждому заболеванию (диагноз по МКБ-10), с набором услуг «А» по одному профилю медицинской помощи.

Таким образом, агрегированное количество посещений равно количеству услуг с кодом «В» в отчетном периоде.

При оказании стоматологической помощи необходимо соблюдать принцип максимальной санации полости рта за одно посещение.

Медицинские организации ведут раздельный учет посещений с профилактической целью, посещений в связи с заболеваниями, обращений в связи с заболеваниями.

Учет количества посещений/обращений осуществляется на основе учетной формы №025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» и отражается в форме №043/у «Медицинская карта стоматологического больного» и №043-1/у «Медицинская карта ортодонтического пациента».

Учет УЕТ – сумма УЕТ по всем услугам «А» и «В», выставленным в отчетном периоде.

2.9. Оплата 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, сцинтиграфических исследований, неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери)) осуществляется при наличии направления от лечащего врача, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь.

При проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, необходимо использовать показатели по агрегированным посещениям.

При переводе объемов медицинской помощи, учитываемых как обращения в связи с заболеванием, в агрегированные посещения используется переводной коэффициент в размере 2,6.

При этом контроль объемов по агрегированным посещениям для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, по профилям медицинской помощи, включенным в подушевое финансирование, осуществляется отдельно от агрегированных посещений по профилям, не входящим в подушевое финансирование.

2.10. КТ и МРТ исследования могут включать в себя обследование одной или нескольких анатомических областей (органов).

Оказание и оплата услуг КТ и МРТ осуществляется в соответствии с Приказом МЗ МО при наличии направления от лечащего врача, по форме № 057/у «Направление для оказания медицинской помощи», утвержденной

приказом Минздрава России от 02.09.2025 № 519н, при наличии медицинских показаний.

2.10.1. КТ и МРТ без использования контрастного вещества.

Тариф на одно исследование представляет собой исследование одной анатомической области (органов, входящих в одну анатомическую область). Сканирование двух и более анатомических областей (органов, входящих в разные анатомические области) учитывается как два и более самостоятельных исследования. Данные случаи подлежат дальнейшим контрольно-экспертным мероприятиям.

Под анатомической областью в целях Тарифного соглашения понимается условно выделенная часть тела, имеющая характерный план послойного строения (голова, шея, грудь, живот, таз, верхняя конечность, нижняя конечность, спина).

2.10.2 КТ и МРТ с использованием контрастного вещества.

В случае направления пациента на:

1 - исследование одной анатомической области (органов, входящих в одну анатомическую область):

- применяется один тариф с контрастом в случае выполнения одного из исследований (КТ или МРТ);

- применяется один тариф с контрастом и один без контраста в случае выполнения КТ с контрастом и МРТ с контрастом;

2 - исследование двух анатомических областей (органов, входящих в разные анатомические области) применяется один тариф с контрастом и один без контраста (в том числе в случае выполнения КТ с контрастом и МРТ с контрастом);

3 - исследование n-го количества анатомических областей (органов, входящих в разные анатомические области) применяется один тариф с контрастом и n-1 без контраста (в том числе в случае выполнения КТ с контрастом и МРТ с контрастом).

2.11. Оплата комплексных медицинских услуг (далее – КПМУ) производится только при выполнении обязательного набора простых медицинских услуг, отражаемых в первичной медицинской документации и реестре персональных счетов. Медицинские услуги, входящие в состав КПМУ, не могут быть предъявлены к оплате отдельным персональным счетом в период лечения по соответствующей КПМУ.

2.12. Оплата комплексных медицинских услуг, выполняемых медицинскими организациями в приемно-диагностических отделениях пациентам, не имеющим оснований для госпитализации, осуществляется по тарифам, установленным в приложении № 6г к Тарифному соглашению при оказании медицинской помощи по следующим диагнозам МКБ-10:

КПМУ в приемно-диагностических отделениях пациентам, не имеющим оснований для госпитализации		Код МКБ-10
Код услуги	Краткое наименование услуги	
B01.047PO	Комплексный прием (осмотр, консультация) врача приемного отделения (Терапия)	D12-13, D14-D16, D19-D20, D36-D38, D48-D75, D80, D82, D84, E10-14, I10-I20, I25, I34-I36, I39, I50-I51, I85-I86, I95, J00-J11, J40-J70, J82-84, J90-J92, J94, J96-J99, K20-31, K50-K52, K59, K70-K71, K74- K77, K86, L50, N11, N30, T78, Z02
B01.050PO	Комплексный прием (осмотр, консультация) врача приемного отделения (Травматология)	M15-M19, M21-M25, M95, R26.2, R29.4, R93.6, R93.7, S06.00, S09.7, S19.8-19.9, S22.30, S22.50,-S22.90, S23.4, S23.5, S29.0, S30, S33, S39.0, S43, S46, S53, S56, S62-S63, S66, S69.7, S73, S76, S83, S86, S92-S93, S96, S99.8-S99.9, T02, T09, T11, T13-T14, T84, T90-T94, G56.0, D48.0, Z96.6
B01.057PO	Комплексный прием (осмотр, консультация) врача приемного отделения (Хирургия)	D18, D19.7, D19.9, D21, D23, D 29, D48, I88-I89, I97.2, L60.0, L72.0, L72.1, L72.9, L73.2, L89.0-L89.2, L89.9, L97, L98.4, N61-N62, N64, Q83.0, Q83.2, Q83.8, Q83.9, R10.4, R12, R15, R18-R19, R59, S00-S01, T00-T01, T11.1-T11.4, T11.8-T11.9, T13.0-T13.1, T13.4, T13.8-T13.9,T14.0-T14.1, T14.4-T14.6, T14.8-T14.9, T17.1, T18, T95, K40.2, K40.9, K42.9, K43.2, K43.5, K43.9, K44.9, K45.8, K57.3, K58, K62, K64, K66.0, K80.2, K80.5, K81.1, R04, K 20-31, K 50-52, K57-59, K70-71, K74-77 Урология: N13.3, N20-N23, N30-N32, N34.0- N34.3, N39.3- N39.4, N39.8-N39.9, N40, N42.9, N43, N47, N48.0, N50.0- N50.1, N50.9, N99.5, N99.9, R32, R33
B01.001PO	Комплексный прием (осмотр, консультация) врача приемного отделения (Гинекология)	D25-D28, D39, E28, E89.4, I86.3, N70-N74, N75.0, N75.8, N75.9, N76-N77, N80-N99, Q99, R87, S30.2, S31.4, T19.2, T83.3, Z31.4-Z31.9
B01.000PO	Комплексный прием (осмотр, консультация) врача приемного отделения (Дети)	K58.8, K58.9, K59.0, K59.1, K59.8, K59.9, T18, I88.0, I88.1, I88.8, I88.9, G90.8, G90.9, N39.0, N39.8, N39.9, N45.9, N48.1, S00, S06.0, S30

Обязательным условием для оплаты является оказание медицинской помощи по вышеперечисленным диагнозам МКБ-10 и выполнение не менее 60% от суммарной частоты применения всех входящих в КПМУ уникальных услуг.

Учет входящих в комплексный прием уникальных услуг более одного раза недопустим.

2.13. Оплата медицинских услуг, оказываемых детским мобильным комплексом, по тарифам, установленным приложение № 6и к Тарифному соглашению, осуществляется только в случае выполнения всех медицинских услуг, входящих в комплексную услугу (в случае установленной частоты в размере 1). В случае если отдельные диагностические услуги, входящие в комплексную услугу, не выполнены, к оплате следует выставлять медицинскую помощь по тарифу, установленному приложение 6б к Тарифному соглашению.

2.14. КПМУ по профилю «Медицинская реабилитация», содержащиеся в приложении № 6в к Тарифному соглашению, включают в себя набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации, но не менее 10 посещений. За одно посещение принимается один день посещения пациентом медицинской организации с целью прохождения медицинской реабилитации.

Прерванные случаи оказания КПМУ по профилю «Медицинская реабилитация» в объеме не менее 5 посещений подлежат оплате по тарифам, установленным приложением № 6в.

Прерванные случаи оказания КПМУ по профилю «Медицинская реабилитация» (менее 5 посещений) подлежат оплате как разовые приемы (осмотры, консультации) профильного специалиста (приложение № 6а).

При предъявлении к оплате комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация» в реестре счетов в обязательном порядке отражаются отдельные медицинские услуги, оказанные в рамках комплексного посещения, с обязательным указанием даты их проведения:

Отдельная медицинская услуга		Код КМУ, для которой обязательно отражение отдельной медицинской услуги
Код	Наименование	
RA21.01.001	Массаж (ручной, аппаратный, лимфодренажный)	
RA20.30.010	Гидромассаж	
RA13.23.004	Логопедическая коррекция (Медико-логопедическая процедура при дисфагии)	
RA13.23.005	Логопедическая коррекция (Медико-логопедическая процедура при афазии)	
RA13.23.006	Логопедическая коррекция (Медико-логопедическая процедура при дизартрии)	
RA14.30.018	Обучение применению вспомогательных устройств (ходунки, коляска и др. технические средства реабилитации)	
RA15.03.007	Шинирование верхней конечности	
RB00.00.001	Осмотр врача физической и реабилитационной медицины (ФРМ) (невролог/кардиолог/травматолог/терапевт/врач	

Отдельная медицинская услуга		Код КМУ, для которой обязательно отражение отдельной медицинской услуги
Код	Наименование	
	физиотерапевт/врач ЛФК)	
RB00.00.013	Первичный осмотр логопеда	
RB00.00.014	Повторный осмотр логопеда	
RB00.00.015	Инструментальная логопедическая диагностика	
RB00.00.016	Физиотерапия (аппаратная, гидротерапия, теплолечение, ингаляция и др.)	
RB00.00.020	Механотерапия (пассивная, активная, с биологически обратной связью (БОС), роботизированная, с дополненной виртуальной реальностью)	
RB00.00.028	Ортезирование	
RB01.023.001	Первичный осмотр невролога	
RB01.031.001	Первичный осмотр педиатра	
RB01.037.001	Первичный осмотр пульмонолога	
RB01.002.001	Первичный осмотр аллерголога-иммунолога	
RB01.050.001	Первичный осмотр врача травматолога-ортопеда	
RB01.057.001	Первичный осмотр врача хирурга	
RB01.070.009	Первичный осмотр психолога	
RB01.034.001	Первичный осмотр психотерапевта	
RB01.070.010	Повторный осмотр психолога	
RB01.034.002	Повторный осмотр психотерапевта	
RB03.020.001	Лечебная физкультура (групповая, консультирование, в зале, в бассейне)	
RB05.069.006	Индивидуальные занятия с логопедом (в том числе тренировки с использованием биологически-обратной связи (БОС))	
RB05.023.002.03	Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями центральной нервной системы с использованием комплекса для восстановления мелкой моторики Amadeo/Мотомеды для верхних и нижних конечностей/Аппараты и тренажеры АРТРОМОТ для разработки суставов)	B05.023.002.3 B05.023.002.3pd
RB05.023.002.04	Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями центральной нервной системы с использованием имитатора опорной нагрузки подошвенный/Лечебный костюм «Регент» на стабилометрической платформе/рефлекторно-нагрузочного устройства «Гравитон»/системы реабилитации с БОС	B05.023.002.4 B05.023.002.4pd
RB05.023.002.05	Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями центральной нервной системы с использованием комплекса виртуальной реабилитации (системы реабилитации с БОС) и WALKBOT (робот))	B05.023.002.5 B05.023.002.5pd
RB01.029.001	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога	
RA19.24.001.001	Индивидуальное занятие лечебной физкультурой при заболеваниях опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы с использованием специальных тренажеров для восстановления двигательной активности	B05.050.004.1.4 B05.050.00414pd B05.050.004.1.6 B05.050.00416pv
RA19.23.002.014	Индивидуальное занятие лечебной физкультурой при	B05.023.002.1.4

Отдельная медицинская услуга		Код КМУ, для которой обязательно отражение отдельной медицинской услуги
Код	Наименование	
	заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга с использованием специальных тренажеров для восстановления двигательной активности	B05.023.00214pv
RA05.01.001	Регистрация электрической активности в точках акупунктуры	
RA17.01.006	Биорезонансная терапия в рефлексотерапии	
RB01.041.001	Прием (осмотр, консультация) врача-рефлексотерапевта первичный	
RB01.041.002	Прием (осмотр, консультация) врача-рефлексотерапевта повторный	
RA19.30.007	Лечебная физкультура с использованием тренажера	
RA13.29.007.001	Индивидуальная психологическая коррекция (в том числе тренировки с использованием биологически-обратной связи (БОС))	

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2023 № 81н «Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации на дому, включая перечень медицинских вмешательств, оказываемых при медицинской реабилитации на дому, порядка предоставления пациенту медицинских изделий и порядка оплаты медицинской реабилитации на дому» для пациентов всех реабилитационных профилей со значением по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ) 3 балла предусмотрена возможность проведения медицинской реабилитации на дому.

Обязательным условием для оплаты медицинской помощи, оказанной пациенту на дому по профилю «Медицинская реабилитация», является проведение 10 реабилитационных занятий, с промежутком между занятиями не более 48 часов, в том числе с применением телемедицинских консультаций.

Перечень медицинских услуг, оказываемых пациенту на дому по профилю «Медицинская реабилитация», аналогичен перечню медицинских услуг по профилю «медицинская реабилитация», оказываемых в амбулаторных условиях.

Оплата медицинской помощи, оказанной пациенту на дому по профилю «Медицинская реабилитация», осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», оказываемой в амбулаторных условиях (приложение № 6в к Тарифному соглашению), при этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи в поле «SCASE» необходимо перед номером истории болезни указывать признак «DM».

2.15. Учет и оплата медицинской помощи в рамках проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения в соответствии с Приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н.

Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно:

1) в качестве самостоятельного мероприятия;

2) в рамках диспансеризации.

Оплате в рамках одного календарного года подлежит 1 профилактический медицинский осмотр или 1 случай диспансеризации, выполненные одному пациенту (не считая углубленной диспансеризации).

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Гражданин проходит профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь, в том числе по месту нахождения мобильной медицинской бригады, организованной в структуре медицинской организации, в которой гражданин получает первичную медико-санитарную помощь. Работники и обучающиеся в образовательной организации вправе пройти профилактический медицинский осмотр и (или) диспансеризацию в иной медицинской организации, участвующей в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в которой гражданин не получает первичную медико-санитарную помощь, в том числе по месту нахождения мобильной медицинской бригады, организованной в структуре иной медицинской организации (включая место работы и учебы).

Профилактический медицинский осмотр включает в себя:

1) анкетирование граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год в целях:

сбора анамнеза, выявления отягощенной наследственности, жалоб, симптомов, характерных для следующих неинфекционных заболеваний и состояний: стенокардии, перенесенной транзиторной ишемической атаки или острого нарушения мозгового кровообращения, хронической обструктивной болезни легких, заболеваний желудочно-кишечного тракта;

определения факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний: курения, риска пагубного потребления алкоголя, риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, характера питания, физической активности; проведение для лиц с выявленными факторами риска краткого индивидуального профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики, центре здоровья и (или) врачом-терапевтом;

выявления у граждан в возрасте 65 лет и старше риска падений, жалоб, характерных для остеопороза, депрессии, сердечной недостаточности, некоррегированных нарушений слуха и зрения;

2) расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела, для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год;

3) измерение артериального давления на периферических артериях для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год;

4) исследование уровня общего холестерина в крови (допускается использование экспресс-метода) для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год;

5) определение уровня глюкозы в крови натощак (допускается использование экспресс-метода) для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год;

6) определение относительного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 18 до 39 лет включительно 1 раз в год;

7) определение абсолютного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 40 до 64 лет включительно 1 раз в год (сердечно-сосудистый риск определяется по шкале сердечно-сосудистого риска SCORE, при этом у граждан, имеющих сердечно-сосудистые заболевания атеросклеротического генеза, сахарный диабет второго типа и хроническое заболевание почек, уровень абсолютного сердечно-сосудистого риска по шкале риска SCORE не определяется и расценивается как очень высокий вне зависимости от показателей шкалы);

8) флюорографию легких или рентгенографию легких для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в 2 года (не проводится, если гражданину в течение предшествующего календарного года проводилась флюорография, рентгенография (рентгеноскопия) или компьютерная томография органов грудной клетки);

9) электрокардиографию в покое при первом прохождении профилактического медицинского осмотра, далее в возрасте 35 лет и старше 1 раз в год;

10) измерение внутриглазного давления при первом прохождении профилактического медицинского осмотра, далее в возрасте 40 лет и старше 1 раз в год;

11) осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом женщин в возрасте от 18 до 39 лет 1 раз в год;

11(1)) проведение скринингового исследования на антитела к гепатиту С граждан в возрасте 25 лет и старше 1 раз в 10 лет путем определения суммарных антител классов M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови;

12) прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, врачом-терапевтом или врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья.

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

Учет профилактических медицинских осмотров и первого этапа диспансеризации (скрининг) определенных групп взрослого населения осуществляется по законченному случаю (комплексное посещение) лечения.

Учет дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами, выполненных в рамках проведения второго этапа диспансеризации, осуществляется за посещение.

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

При этом стоимость профилактического медицинского осмотра и диспансеризации уменьшается на стоимость ранее проведенных исследований и медицинских вмешательств.

Перечень исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, утвержден Приложением № 6 к Программе.

Оплата медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации в рамках 1 этапа и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, в

том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи дополнительно к подушевому нормативу финансирования по тарифам, установленным приложениями №8.1 – 8.4 к Тарифному соглашению.

Оплата медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи дополнительно к подушевому нормативу финансирования по тарифам, установленным приложениями № 8в и 8г к Тарифному соглашению.

Оплата медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам, оказанных в иной медицинской организации (не по месту прикрепления) по согласованию с работодателем и (или) руководителем образовательной организации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи по тарифам, установленным приложениями №8.1 – 8.4 к Тарифному соглашению.

2.16. Учет и оплата медицинской помощи в рамках проведения диспансерного наблюдения.

Количество случаев проведения диспансерного наблюдения определяется порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями.

Финансовое обеспечение диспансерного наблюдения взрослых, а также детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказом Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (далее – Порядок № 168н), приказом Минздрава России от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями» и приказом Минздрава России от 16.05.2019 № 302н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях». 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 (за исключением тех диагностических исследований, по которым Программой ОМС установлены отдельные нормативы финансовых затрат).

В случае осуществления диспансерного наблюдения за пациентом, имеющего несколько хронических заболеваний, входящих в один класс МКБ-10, оплате подлежит одно комплексное посещение по диспансерному наблюдению, за исключение онкологических заболеваний, а также диагноза по МКБ-10 Е66 в сочетании с иными диагнозами, входящими в класс IV.

Оплата диспансерного наблюдения по тарифам, установленным приложением 6к к Тарифному соглашению (таблица 1), осуществляется в случае выполнения всех осмотров (консультаций), лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных Порядком № 168н, в соответствии с приложением 6к.1 – 6к.3 к Тарифному соглашению не чаще чем 1 раз в квартал (по одному классу МКБ-10).

Случаи проведения диспансерного наблюдения граждан при условии выполнения не всех осмотров (консультаций), исследований, предусмотренных Порядком № 168н в соответствии с приложением 6к.1 – 6к.3, подлежат оплате по тарифам диспансерного приема, установленным приложением 6а, с указанием в реестре счета цели посещения «Диспансерное наблюдение».

2.17. В соответствии с Программой ОМС в дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), а также иные граждане по их инициативе вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства по перечню, установленному Приложением № 5 к Программе.

Оплата углубленной диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи дополнительно к подушевому нормативу финансирования по тарифам, установленным приложением № 8б к Тарифному соглашению.

Оплата углубленной диспансеризации за комплексное посещение возможна в случае выполнения всех исследований и медицинских вмешательств, входящих в комплексное посещение.

Оплата приема (осмотра) врачом-терапевтом (участковым терапевтом, врачом общей практики) и проведение рентгенографии органов грудной клетки (если не выполнялась ранее в течение года) осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи на прикрепившихся лиц.

2.18. Оказание медицинских услуг, связанных с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях, осуществляется в соответствии с Порядком организации оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в Московской области, утвержденным распоряжением Минздрава Московской области.

Оплата медицинских услуг, связанных с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях, для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, включена в подушевое финансирование медицинской помощи (за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому), оказываемой в амбулаторных условиях, и осуществляется в рамках межучрежденческих расчетов в соответствии с пунктом 2.7. Тарифного соглашения.

При этом оплата медицинской услуги A13.29.009.2a «Консультация с применением телемедицинских технологий (врач (консилиум врачей) – врач/фельдшер) при нахождении пациента в амбулаторных условиях», A13.29.009.2st «Консультация с применением телемедицинских технологий (врач (консилиум врачей) – врач/фельдшер) при нахождении пациента в условиях круглосуточного или дневного стационаров», A13.29.009.3 «Консультация врача с применением телемедицинских технологий (врач - пациент)», A13.29.009.3PS «Консультация врача с применением телемедицинских технологий (врач (психолог) - пациент)», A13.29.009.3.1P «Консультация врача с применением телемедицинских технологий (фельдшер - пациент, за исключением косультации с применением телемедицинских технологий в Фапе)», A13.29.009.3.1F «Консультация врача с применением телемедицинских технологий (фельдшер - пациент, консультация с применением телемедицинских технологий в Фапе)» между медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население, осуществляется в рамках межучрежденческих расчетов в соответствии с пунктом 2.7. Тарифного соглашения.

Медицинские услуги A13.29.009.2a «Консультация с применением телемедицинских технологий (врач (консилиум врачей) – врач/фельдшер) при нахождении пациента в амбулаторных условиях», A13.29.009.2st «Консультация с применением телемедицинских технологий (врач (консилиум врачей) – врач/фельдшер) при нахождении пациента в условиях круглосуточного или дневного стационаров» используются только в случае консультации другой медицинской организации (другого юридического лица). Код медицинской организации в поле «MCOD OUT» не должен совпадать с кодом медицинской организации, выставившей счет. Данное поле является обязательным для заполнения.

Оплата медицинских услуг, связанных с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения, осуществляется за единицу объема медицинской помощи, за исключением медицинской услуги A13.29.009.2st «Консультация с применением телемедицинских технологий (врач (консилиум врачей) - врач/фельдшер) при нахождении пациента в условиях круглосуточного или дневного стационаров, оплата которой осуществляется

страховыми медицинскими организациями в рамках межучрежденческих расчетов.

2.19. Оплата медицинской помощи в ЦАОП.

Тарифы для медицинской помощи, оказываемой в ЦАОП, установлены приложением №6ж «Тарифы на медицинские услуги, оказываемые центрами амбулаторной онкологической помощи, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации» и используются при оказании медицинской помощи в соответсвии с распоряжением МЗ МО от 07.11.2025 № 509-Р «Об организации оказания медицинской помощи взрослому населению Московской области при онкологических заболеваниях» в медицинских организациях, на базе которых открыты ЦАОП в соответствии с приказами МЗ МО.

Оплата отдельных диагностических (лабораторных) услуг, оказываемых в ЦАОП, осуществляется при наличии направления от лечащего врача ЦАОП, при наличии медицинских показаний.

2.20. При длительном лечении (более одного месяца) в амбулаторных условиях возможно формирование реестров счетов и оплата оказанной медицинской помощи за конкретный отчетный период (помесячно) как за обращение по поводу заболевания (при наличии двух или более посещений) в текущем месяце.

2.21. Тариф на патолого-анатомические исследования с целью выявления онкологических заболеваний представляют собой стоимость одного случая прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала вне зависимости от количества стекол, применения дополнительных методов окрасок (постановок реакций, определений).

2.21.1. В случае оказания амбулаторной медицинской помощи, связанной с исследованиями биологического материала (за исключением исследований, оплачиваемых в рамках межучрежденческих расчетов), во время нахождения пациента в условиях круглосуточного или дневного стационара (при условии совпадения класса МКБ-10 в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара) и пересечения даты забора биологического материала со сроком госпитализации, оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в рамках договорных отношений между медицинскими организациями.

2.22. В случае оказания медицинской помощи амбулаторно в одной медицинской организации во время пребывания пациента в условиях круглосуточного стационара в другой медицинской организации (кроме дня поступления и выписки из стационара, исследований биологического материала на вирус гриппа, услуг по проведению лабораторно-диагностических исследований, отраженных в разделе «Лабораторно-диагностические

исследования» приложения 6б, консультаций с применением телемедицинских технологий (врач (консилиум врачей) – врач/фельдшер), услуг, связанных с описанием и интерпретацией изображений флюорографии легких, маммографии, рентгенологических снимков, а также оказания медицинской помощи (консультаций) по заболеваниям, входящим в другой класс МКБ-10, в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме) случаи оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях подлежат отклонению на этапе МЭК по коду дефекта 1.10.5, оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в рамках договорных отношений между медицинскими организациями.

2.23. При подаче реестров счетов на оплату медицинской помощи, связанной с исследованиями ПЭТ-КТ, обязательным условием является заполнение поля «NUM_CONS», содержащего номер онкологического консилиума, на основании которого было назначено исследование при всех кодах МКБ-10 за исключением С34, С37.9, С38.1, С38.2, С38.3, С43, С51, С60.9, С63.2, С69.0, С00-С26, С30-С32, С52, С53, С77, С78, С79, С45.0, С45.1, С45.2, С45.7, С45.9, С76-С80, С81, С82, С83.3, С83.7, С85.2, С91.8, С84.5, С84.6, С84.7, С84.9, С86.0, С86.5, С90, С90.0, С90.1, С90.2, С90.3, С91.0, С91.5, С91.7, С91.8, С91.9, С83.5, С83.7, С91.1.

2.24. КПМУ «Посещение школы сахарного диабета», содержащиеся в приложении № 6в к Тарифному соглашению, включают в себя от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля, но не менее 5 посещений для взрослых и 10 посещений для детей и подростков. За одно посещение принимается один день посещения пациентом школы сахарного диабета.

КПМУ «Посещение школы для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, школы для беременных и по вопросам грудного вскармливания», включает в себя от 15 до 20 часов занятий в рамках школы для больных с хроническими заболеваниями, а также проверку дневников самоконтроля, но не менее 5 посещений. За одно посещение принимается один день посещения пациентом школы для больных с хроническими заболеваниями.

Прерванные случаи оказания КПМУ «Посещение школы сахарного диабета» (менее 5 посещений для взрослых и 10 посещений для детей и подростков) и КПМУ «Посещение школы для больных с хроническими заболеваниями» (менее 5 посещений), подлежат оплате по тарифу на медицинскую услугу B03.047.002.1.V «Посещение врача школы здоровья, в том числе для динамического наблюдения» или B03.047.002.1.F «Посещение фельдшера школы здоровья, в том числе для динамического наблюдения» (приложение № 6д).

В случае посещения школ здоровья пациентом, имеющего несколько хронических заболеваний, входящих в один класс МКБ-10, оплате подлежит одно посещение.

2.25. Оплата комплексных медицинских услуг, связанных с оказанием медицинской помощи врачом-рефлексотерапевтом/по медицинской реабилитации/-физиотерапевтом/-неврологом/-педиатром в амбулаторных условиях, осуществляется по тарифам, установленным в приложении № 6в к Тарифному соглашению.

Обязательным условием для оплаты является 100% выполнение всех входящих в КПМУ уникальных услуг.

Прерванные случаи оказания КПМУ в объеме не менее 4 сеансов биорезонансной терапии (далее – БРТ) подлежат оплате по меньшему тарифу, наиболее соответствующему фактическому количеству проведенных сеансов БРТ.

Прерванные случаи оказания КПМУ (менее 4 сеансов БРТ) подлежат оплате по тарифам на КПМУ B01.041 «Комплексный прием врача-рефлексотерапевта/по медицинской реабилитации/-физиотерапевта/-невролога/-педиатра с проведением электропунктурного вегетативного резонансного теста».

2.26. Оплата комплексных медицинских услуг, связанных с оказанием биорезонансной терапии в рефлексотерапии на дому, осуществляется по тарифам, установленным в приложении № 6в к Тарифному соглашению.

Обязательным условием для оплаты является 100% выполнение всех входящих в КПМУ уникальных услуг.

Прерванные случаи оказания КПМУ в объеме не менее 4 сеансов БРТ подлежат оплате по меньшему тарифу, наиболее соответствующему фактическому количеству проведенных сеансов БРТ.

Прерванные случаи оказания КПМУ (менее 4 сеансов БРТ) подлежат оплате по тарифам на КПМУ B01.041 «Комплексный прием врача-рефлексотерапевта/по медицинской реабилитации/-физиотерапевта/-невролога/-педиатра с проведением электропунктурного вегетативного резонансного теста».

2.27. Оплата комплексных медицинских услуг, выполняемых по профилю «Аллергология и иммунология», осуществляется по тарифам, установленным в приложении № 6в к Тарифному соглашению.

Обязательным условием для оплаты является выполнение не менее 70% от суммарной частоты применения всех входящих в КПМУ уникальных услуг.

2.28. Посещения центра здоровья граждан с целью получения медицинских услуг, связанных с комплексным обследованием (B03.047.002.3.V, B03.047.002.3.F, 2.41.967.V, 2.41.967.F), осуществляется 1 раз в отчетном году, иные услуги, оказываемые центрами здоровья, выполняются с частотой, рекомендованной врачом центра здоровья.

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 Программы.

2.29. Оплата дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом осуществляется по тарифам, установленным приложением № 6б к Тарфиному соглашению, рассчитанным в расчете на 1 месяц дистанционного наблюдения.

Дистанционное наблюдение назначается лечащим врачом по результатам очного приема (осмотра, консультации) и установления диагноза.

2.30. Посещения среднего медицинского персонала, не ведущего самостоятельный амбулаторный прием, в том числе посещения доврачебного кабинета, консультации амбулаторных больных врачами стационаров, повторные посещения врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением случаев повторного обращения для оказания неотложной медицинской помощи, повторного обращения в другие медицинские организации с целью консультации, определения показаний к госпитализации, операции, не подлежат оплате.

Посещение в течение дня больным по поводу одного и того же заболевания (профилактического осмотра) одного и того же врача (специалиста одного профиля), учитывается как одно посещение.

Медицинская помощь в амбулаторных условиях по профилю «онкология», оказанная в один день разными специалистами, оплачивается за каждое посещение соответствующего специалиста.

2.31. Оплате по тарифам за посещение подлежит неотложная медицинская помощь, оказываемая в отделении (кабинете) неотложной медицинской помощи поликлиники, приемном покое стационара в случае, не закончившимся госпитализацией, кабинете неотложной травматологии и ортопедии (травмпункте), а также обращение на станцию скорой медицинской помощи. Для учета неотложной медицинской помощи, используется форма №025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях». Неотложная медицинская помощь может оказываться фельдшерами в качестве первичной доврачебной медико-санитарной помощи[1].

3. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара.

3.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в разрезе уровней/подуровней оказания медицинской помощи представлен в Приложении № 2а.

3.2. Отнесение случаев лечения к КСГ, расчет средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовой ставки) и стоимости случая госпитализации, применение поправочных коэффициентов осуществляется с учетом Методических рекомендаций.

При наличии хирургических операций и (или) других применяемых медицинских технологий, схем лечения (при проведении лекарственной терапии у пациентов со злокачественными новообразованиями, при применении генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов, а также при лечении хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D)), являющихся классификационными критериями, данные классификационные критерии являются приоритетными и отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры или кодом схемы лечения, за исключением случаев оказания медицинской помощи пациентам с диагнозами U07.1 и U07.2 в сочетании с услугами, относящимся к КСГ «Родоразрешение» и «Кесарево сечение», отнесение которых осуществляется к КСГ с максимальным коэффициентом

[1] Приказ Минздрава России от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». Приказ Минздрава России от 27.03.2025 № 155н «Об утверждении порядка возложения руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи на фельдшера, акушерку отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты», приказ МЗ МО от 04.12.2018 № 1931 «О совершенствовании организации первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме населению Московской области».

затратоемкости.

3.3. Особенности оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара.

3.3.1. *Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи*, в том числе:

1 - в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям;

2 - в случаях прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;

3 - в случаях изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар;

4 - в случаях перевода пациента в другую медицинскую организацию;

5 - в случаях прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения;

6 - в случаях лечения, закончившихся смертью пациента (летальным исходом);

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

8 - в случаях выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением законченных случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, указанным в приложении № 9в к Тарифному соглашению;

9 - случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.001 - st37.013, st37.024, st37.025, st37.026, st37.027, st37.028, st37.029, st37.031, st37.032, st37.033, st37.034, st37.035, длительностью лечения менее количества дней, определенных приложением № 9а к Тарифному соглашению.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство (в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура медицинских услуг), и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 90% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ;

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ (за исключением КСГ st12.019, случаи по которым оплачиваются в размере 30% от стоимости КСГ, КСГ и подгрупп st37.001 - st37.013, случаи по которым оплачиваются в размере 20% от стоимости КСГ, а также случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, оплата по которым осуществляется в соответствии с пунктом 3.3.2);

- при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости КСГ (за исключением КСГ и подгрупп st37.001 - st37.013, случаи по которым оплачиваются в размере 50% от стоимости КСГ при длительности свыше 3 дней, но менее 70% от рекомендованной длительности и в размере 70% от стоимости КСГ при длительности 70% от рекомендованной длительности и выше, но менее рекомендованной, случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, оплата по которым осуществляется в соответствии с пунктом 3.3.2, а также случаев по КСГ st37.027 - st37.029, которые оплачиваются в размере 50% при длительности от 12 до 17 дней включительно).

Перечень КСГ круглосуточно стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, представлен в Приложении № 9д к Тарифному соглашению.

Оплата прерванных случаев проведения лучевой терапии, в сочетании с лекарственной терапией подлежит оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение (или) тромболитическая терапия не проводилась.

Оплата случаев лечения проведения лучевой терапии осуществляется путем отнесения его к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

3.3.2. Оплата случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту старше 18 лет оплачивается по следующему порядку:

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме при соблюдении условий, предусмотренных пунктом 4.2. Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи».

Схема лекарственной терапии при наличии оснований считать случай прерванным в соответствии с пунктом 3.3.1. (в случае проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии) оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости КСГ;

- при длительности свыше 3 дней, но менее длительности, предусмотренной схемой лечения, – 50% от стоимости КСГ.

3.3.3. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, в рамках круглосуточного стационара, 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, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай до осуществления перевода подлежит оплате как прерванный.

В случае перевода пациента в круглосуточном стационаре из одного профильного отделения в другое (один класс МКБ-10 и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания) в пределах одной медицинской организации, в том числе с целью проведения оперативного вмешательства, случай госпитализации подлежит учету в Реестре и оплачивается как один законченный случай по КСГ с наибольшим размером оплаты, за исключением:

1) случаев лечения коронавирусной инфекции, вызванной вирусом COVID-19, (st12.015 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1)», st12.016.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.1)», st12.016.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.2)», st12.017.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.1)», st12.017.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.2)», st12.018.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4.1)». st12.018.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4.2)») и случаев долечивания по st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)», которые оплачиваются по двум КСГ, при этом случай лечения подлежит оплате аналогично прерванным случаям, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, а в реестре счетов на оплату медицинской помощи в поле «RES_GOSP» указывается код 109 «Лечение продолжено».

Для случаев долечивания пациента в той же медицинской организации обязательным требованием для оплаты по двум КСГ является ведение двух историй болезни (для случая лечения и случая долечивания).

Случай госпитализации по КСГ st12.015 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1)», st12.016.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.1)», st12.016.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.2)», st12.017.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.1)», st12.017.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.2)», st12.018.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4.1)». st12.018.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4.2)») при условии

последующего оказания медицинской помощи по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)» подлежит оплате как прерванный.

Случаи оказания медицинской помощи, предъявленные на оплату медицинскими организациями по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)» представляют собой следующий этап лечения, и соответственно не являются основаниями для проведения внеплановых медико-экономических экспертиз в соответствии с подпунктом 1 пункта 22 Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

3.4**. Оплата по двум и более КСГ** осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ-10:

1 - дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности с последующим родоразрешением в соответствии с пунктом 3.9.1;

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

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

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, или балонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

6 - наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

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

8 - проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами. Выставление случая только по КСГ st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных

полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)», без основной КСГ не допускается. Также не допускается 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.

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

10 - В случае выявления у маломобильного гражданина в ходе проведения диспансеризации в стационарных условиях по КСГ st36.049 «Госпитализация маломобильных граждан в целях прохождения диспансеризации, первый этап (второй этап при наличии показаний)» заболеваний и (или) состояний, требующих оказания ему специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и оказания медицинской организацией, проводившей диспансеризацию в стационарных условиях, соответствующей медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2–10 пункта 3.4 раздела II Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2–4 пункта 3.3.1 раздела II Тарифного соглашения.

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

Случаи перевода пациента для продолжения лечения из круглосуточного стационара в дневной (и наоборот) в пределах одной медицинской организации подлежат учету и предъявляются к оплате отдельно по соответствующим КСГ.

При этом в случае госпитализации в круглосуточный стационар с последующим переводом в дневной стационар для оказания медицинской помощи, связанной с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов по подгруппам, выделенным в рамках КСГ ds36.014 – ds36.034, случаи оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара не относятся к прерванным и подлежат оплате в полном объеме.

Случаи оказания медицинской помощи, предъявленные на оплату по КСГ st36.027 – st36.047, ds36.014 – ds36.034, представляют собой следующий этап лечения, и соответственно не являются основаниями для проведения внеплановых медико-экономических экспертиз в соответствии с подпунктом 1 пункта 22 Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021

№ 231н «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

3.5. Порядок оплаты медицинской помощи с применением эндоваскулярных методов диагностики и лечения в сосудистых центрах, входящих с состав медицинских организаций.

Оплата медицинской помощи, оказанной больным с острым инфарктом миокарда и больным с острым нарушением мозгового кровообращения с применением эндоваскулярных методов диагностики и лечения в сосудистых центрах, осуществляется при соблюдении следующих условий:

- медицинская помощь оказывается в медицинских организациях, имеющих в своем составе сосудистые центры и участвующих в маршрутизации оказания медицинской помощи с острым инфарктом миокарда и больным с острым нарушением мозгового кровообращения в соответствии с приказом МЗ МО;

- диагноз МКБ-10 соответствует диагнозу, указанному в утвержденных приказами Минздрава России стандартах специализированной медицинской помощи при остром инфаркте миокарда (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы) и нестабильной стенокардии, остром и повторном инфаркте миокарда (без подъема сегмента ST электрокардиограммы), стандартах специализированной медицинской помощи при субарахноидальных и внутримозговых кровоизлияниях и при инфаркте мозга, и КСГ по профилям «Кардиология», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Неврология», а также при соответствии применяемой услуги Номенклатуре медицинских услуг.

Перечисленные условия учитываются при формировании нормативно-справочной информации для сдачи реестров счетов за оказанную медицинскую помощь.

3.6. Учет и оплата случаев лечения больных (взрослых и детей) с нарушением слуха.

Медицинская помощь населению (взрослым и детям) по профилю «Сурдология-оториноларингология» осуществляется в медицинских организациях и иных организациях, ведущих медицинскую деятельность в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «сурдология-оториноларингология», утвержденным приказом Минздрава России 09.04.2015 № 178н.

Учет медицинской помощи, оказанной больным с нарушением слуха, осуществляется следующим образом:

1) диагноз H90.3 «Нейросенсорная потеря слуха двусторонняя» по КСГ st20.003 «Другие болезни уха» профиль «Оториноларингология» (терапевтическая группа) без учета услуги в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг;

2) диагноз Н90.3 «Нейросенсорная потеря слуха двусторонняя» по КСГ st20.010 «Замена речевого процессора» профиль «Оториноларингология» с учетом услуги в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг В05.057.008 «Услуги по реабилитации пациента, перенесшего операцию кохлеарной имплантации, включая замену речевого процессора»;

3) по профилю «медицинская реабилитация» без «привязки» к коду МКБ-10 с учетом услуги согласно Номенклатуры медицинских услуг, В05.046.001 «Слухо-речевая реабилитация глухих детей с кохлеарным имплантом» (КСГ st37.015, по возрасту от 0 дней до 18 лет) и В05.023.002.001 «Услуги по реабилитации пациента с заболеваниями центральной нервной системы» (КСГ st37.017, по возрасту от 0 дней до 18 лет).

При учете медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара детям с двухсторонней нейросенсорной потерей слуха (код по МКБ-10 Н90.3) по КСГ st20.010 «Замена речевого процессора», КСГ st37.015 «Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации» оплате подлежат случаи с соответствующими КСГ в рамках двух госпитализаций (две истории болезни) в течение 90 дней при соблюдении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Сурдология-оториноларингология», утвержденного приказом Минздрава России от 09.04.2015 № 178н, и правил направления граждан для оказания специализированной медицинской помощи в плановом порядке, утвержденных приказом Минздрава России от 11.04.2025 № 185н «Об утверждении положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи».

3.7. Порядок оплаты высокотехнологичной медицинской помощи.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, установленным Приложением № 10 к Тарифному соглашению. В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и/или других применяемых медицинских технологий.

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, осуществляется в пределах утвержденных плановых объемов медицинской помощи.

Перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, устанавливается Приложением № 2б к Тарифному соглашению.

В случае если у пациента после оказания специализированной медицинской помощи определяются показания к получению медицинской помощи по ВМП, либо после оказания ВМП определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, и в рамках ВМП.

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 ВМП 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 ВМП 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.

3.8. Лечение по профилю «медицинская реабилитация» производится в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» при наличии направления.

Для КСГ st37.001 - st37.013, st37.021 - st37.031 в условиях круглосуточного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ). При оценке 3 балла по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента. При оценке 4-5-6 баллов по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

Оплата случаев перевода пациента после оказания специализированной (в т.ч. высокотехнологичной медицинской помощи) медицинской помощи в отделения реабилитации, в том числе в пределах одной медицинской организации, осуществляется отдельно, при условии выполнения порядка оказания медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

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

В рамках КСГ st37.001 - st37.003 «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (3, 4, 5 баллов по ШРМ)» выделяются клинико-статистические подгруппы с иным классификационным критерием «rob», связанные с применением роботизированной медицинской техники (роботизированная система для восстановления ходьбы с разгрузкой массы тела и с 2(3) ортезами, экзоскелет и /или экзокисть, роботизированная механотерапия с функциональной электростимуляцией для верхних и/или нижних конечностей с биологической обратной связью, роботизированная механотерапия с функцией СРМ (непрерывная пассивная мобилизация) и с биологической обратной связью).

В рамках КСГ st37.002 «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (4 балла по ШРМ)» выделяется также клинико-статистическая подгруппа с иным классификационным критерием «ekzo», связанная с применением при проведении медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями по коду МКБ-10 G35 – G37 роботизированной медицинской техники (роботизированная система Экзоатлет, роботизированная механотерапия с функциональной электростимуляцией для верхних и/или нижних конечностей с биологической обратной связью, роботизированная механотерапия с функцией СРМ (непрерывная пассивная мобилизация) и с биологической обратной связью).

В рамках КСГ st37.006 - st37.007 «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (4, 5 баллов по ШРМ)» выделяются клинико-статистические подгруппы с иным классификационным критерием «rob», связанные с применением роботизированной медицинской техники (роботизированная механотерапия с функциональной электростимуляцией для верхних и/или нижних конечностей с биологической обратной связью, Роботизированная механотерапия с функцией СРМ (непрерывная пассивная мобилизация) и с биологической обратной связью для верхних и/или нижних конечностей, стабилоплатформа с биологической обратной связью).

3.8.1. В рамках КСГ st37.005, st37.006 «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (3, 4 балла по ШРМ)» и st37.001 «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (3 балла по ШРМ)» выделяются клинико-статистические подгруппы с длительностью лечения 5 дней.

Отнесение к подгруппам в рамках КСГ st37.005, st37.006 и st37.001 с длительностью лечения 5 дней производится при наличии следующих обязательных критериев:

- возраст пациента – до 65 лет включительно;
- подтвержденный высокий реабилитационный потенциал;
- стадия компенсации хронических соматических заболеваний;
- медикаментозная терапия, не требующая коррекции.

Отнесение к подгруппам в рамках КСГ st37.005, st37.006 «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (3, 4 балла по ШРМ)» осуществляется при соблюдении следующих условий:

- пациенты после эндопротезирования суставов конечностей, реконструктивных операций с неосложненным послеоперационным периодом;
- пациенты в раннем послеоперационном или подостром, или раннем восстановительном периодах (после выписки из профильного стационара);
- при необходимости назначения процедур репаративно-регенеративного действия и метода консультирования в лечебной физкультуре.

Отнесение к подгруппам в рамках КСГ st37.001 «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (3 балла по ШРМ)» осуществляется при соблюдении следующих условий:

- пациенты с инсультом с моносиндромным течением с минимальным психомоторным дефицитом, в частности, с недостаточностью селективного движения и/или болевым синдромом установленного генеза;
- пациенты с отсутствием нарушений речи, атаксии, когнитивной правополушарной симптоматики;
- пациенты, находящиеся в позднем восстановительном периоде, т.е. в сроки более 6 месяцев с момента инсульта.

При направлении на госпитализацию пациентов для проведения медицинской реабилитации рамках КСГ st37.005, st37.006 и st37.001 с длительностью лечения 5 дней обязательным условием является назначение физической терапии (физиотерапия, лечебная физкультура и т.д.) кратностью 2 раза в день в течение всего периода госпитализации.

3.8.2 Оплата случаев медицинской реабилитации детей по КСГ st37.027-st37.029 осуществляется в медицинских организациях, которые в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации детей, утвержденным

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.10.2019 № 878н (далее – Порядок № 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).

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.

3.8.3 Оплата случаев медицинской реабилитации по КГС st37.032 «Комплексная медицинская реабилитация после протезирования нижних конечностей с установкой постоянного экзопротеза, в том числе с болевым синдромом, с применением ботулотоксина» осуществляется в случае выполнения: 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»,

A19.30.011 «Тренировка с биологической обратной связью по опорной реакции».

Оплата случаев медицинской реабилитации по КГС st37.033 «Комплексная медицинская реабилитация после протезирования верхних конечностей с установкой постоянного экзопротеза, в том числе с болевым синдромом, с применением ботулотоксина» осуществляется в случае выполнения: 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 верхних конечностей, полученных при боевой травме, после протезирования и имеющие навыки использования протеза, 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 4 медицинских услуг:

A13.29.003 «Клинико-психологическая адаптация»,

A17.24.001 «Чрескожная электронейростимуляция при заболеваниях периферической нервной системы»,

A19.23.004 «Коррекция нарушения двигательной функции с использованием компьютерных технологий»,

A19.30.006.001 «Роботизированная механотерапия».

Оплата случаев медицинской реабилитации по КГС st37.034 «Комплексная медицинская реабилитация после протезирования двух и более конечностей с установкой постоянного экзопротеза, в том числе с болевым синдромом, с применением ботулотоксина» осуществляется в случае выполнения: 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 двух и более конечностей, полученных при боевой травме, после протезирования и имеющие навыки использования протеза, 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 4 медицинских услуг:

A13.29.003 «Клинико-психологическая адаптация»,

A17.24.001 «Чрескожная электронейростимуляция при заболеваниях периферической нервной системы»,

A19.23.004 «Коррекция нарушения двигательной функции с использованием компьютерных технологий»,

A19.30.011 «Тренировка с биологической обратной связью по опорной реакции» и A19.03.003.015 «Тренировка с биологической обратной связью по подографическим показателям при переломе костей» и / или A19.30.006.001 «Роботизированная механотерапия».

3.9. Особенности оплаты медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

3.9.1. В случае дородовой госпитализации в отделение патологии беременности и пребывании в этом отделении менее 6 дней с последующим переводом в другое отделение для родоразрешения оплата осуществляется по одной КСГ с наибольшим размером оплаты, за исключением случаев, указанных в пункте 3.9.2 Тарифного соглашения.

В случае дородовой госпитализации в отделение патологии беременности и пребывании в этом отделении 6 дней и более с последующим переводом в другое отделение для родоразрешения оплата одного пролеченного случая осуществляется по двум КСГ: st02.001.1 - st02.001.3 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003.1 «Родоразрешение», st02.001.1 - st02.001.3 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004.1 «Кесарево сечение», st02.001.1 - st02.001.3 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.013 «Операции на женских половых органах (уровень 4)», st02.001.1 - st02.001.3 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.016 «Операции на женских половых органах (уровень 6)».

3.9.2. В случае дородовой госпитализации в отделение патологии беременности и пребывании в этом отделении в течение 2 дней и более с последующим переводом в другое отделение для родоразрешения оплата одного пролеченного случая осуществляется по двум КСГ при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10:

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;

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

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

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

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

3.9.3. Случай госпитализации по КСГ st02.001.1 - st02.001.3 «Осложнения, связанные с беременностью» при условии последующего оказания медицинской помощи по КСГ st02.003.1 «Родоразрешение» или st02.004.1 «Кесарево сечение» подлежит оплате по следующим правилам:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости;
- при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости.

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

3.9.4. 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 на оплату по КСГ по профилю «Неонатология».

3.9.5. В рамках КСГ st02.003 «Родоразрешение» и st02.004 «Кесарево сечение» предусмотрены подгруппы st02.003.2 «Родоразрешение (МНН Атозибан) 1-3 этапы/2-3 этапы» и st02.004.2 «Кесарево сечение (МНН Атозибан) 1-3 этапы/2-3 этапы», включающие в том числе оказание медицинской помощи в отделении патологии беременности с применением лекарственного препарата с МНН «Атозибан» с 1 по 3 этапы введения лекарственного препарата или со 2 по 3 этапы.

3.10. При выделении в структуре КСГ с учетом классификационных критериев подгрупп, для которых установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости базовой КСГ, оплата медицинской помощи осуществляется по стоимости подгруппы КСГ.

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

3.12. Учет и оплата случаев лечения в отделениях реанимации и интенсивной терапии (далее - ОРИТ) и в палатах интенсивной терапии (далее - ПИТ) при оказании специализированной медицинской помощи в условиях стационара по подгруппам КСГ «с ОРИТ и ПИТ» и «без ОРИТ и ПИТ».

Учет услуг реанимации и интенсивной терапии, оказанных в ОРИТ и ПИТ, осуществляется в соответствии со следующими признаками реанимации и интенсивной терапии:

Код1 – ОРИТ и ПИТ менее суток;

Код2 – ОРИТ и ПИТ от суток до трех;

Код3 – ОРИТ и ПИТ более 3 суток.

Для случаев оказания стационарной медицинской помощи без учета лечения в отделениях реанимации и интенсивной терапии применяются обязательным условием применения указанных подгрупп КСГ (без ОРИТ и ПИТ) являются следующие признаки:

Код1 – ОРИТ и ПИТ менее суток или отсутствие признака реанимации.

3.13. Учет и оплата случаев в рамках реанимационных КСГ

Отнесение к КСГ st36.009 «Реинфузия аутокрови», КСГ st36.010 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация» и КСГ st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация» осуществляется соответственно по следующим кодам услуг Номенклатуры:

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

Отнесение случаев лечения пациентов с органной дисфункцией к КСГ st04.006 «Панкреатит с синдромом органной дисфункции», КСГ st12.007 «Сепсис с синдромом органной дисфункции», КСГ st27.013 «Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции» и КСГ st33.008 «Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции» осуществляется с учетом в том числе дополнительного классификационного критерия – «оценка состояния пациента» с кодом «it1».

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

Непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 72 часов и более;

Оценка по шкале органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA) не менее 5 или оценка по шкале оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA) не менее 4.

Для кодирования признака «it1» должны выполняться одновременно оба условия. За основу берется оценка по шкале SOFA или pSOFA (для лиц младше 18 лет) в наиболее критическом за период госпитализации состоянии пациента.

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

Градации оценок по шкале SOFA представлена в Методических рекомендациях.

3.14. Особенности формирования КСГ по профилю «Офтальмология»

Выполнение косметических процедур за счет средств ОМС не осуществляется. В связи с этим оплата по КСГ услуги A16.26.046.001 «Эксимерлазерная фототерапевтическая кератэктомия» осуществляется только при лечении эрозии, язвы роговицы, кератита, помутнения роговицы, возникшего вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности компенсации вызванной ими иррегулярности роговицы с помощью очковой или контактной коррекции, услуг A16.26.046.002 «Эксимерлазерная фоторефракционная кератэктомия» и A16.26.047 «Кератомилез» – при коррекции астигматизма или иррегулярности роговицы, возникших вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности их компенсации с помощью очковой или контактной коррекции. Аналогичные принципы применяются для медицинской услуги A16.26.046 «Кератэктомия».

Кодирование медицинского вмешательства по коду услуги A16.26.093 «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 A16.26.089 «Витреоэктомия» не допускается при проведении передней витреоэктомии - данные вмешательства должны кодироваться по КСГ st21.003 «Операции на органе зрения (уровень 3)» по коду услуги A16.26.089.001 «Витрэктомия передняя».

3.15. В рамках КСГ st25.012 «Операции на сосудах (уровень 5)» выделяется 14 подгрупп:

- st25.012.1 «Операции на сосудах (уровень 5.1)» (включает следующие медицинские услуги: A16.12.026.004 «Баллонная ангиопластика со стентированием подколенной артерии и магистральных артерий голени», A16.12.028 «Установка стента в сосуд» (ДКК «perst» - стентирование периферических артерий), A16.12.028.002 «Механическая реканализация, баллонная ангиопластика со стентированием подколенной артерии и магистральных артерий голени», A16.12.077 «Изолированная перфузия конечностей»;

- st25.012.2 «Операции на сосудах (уровень 5.2)» (включает следующие медицинские услуги: A16.12.026.003 «Баллонная ангиопластика со стентированием поверхностной бедренной артерии», A16.12.028.001 «Механическая реканализация, баллонная ангиопластика со стентированием поверхностной бедренной артерии», A16.12.041.006 «Эндоваскулярная окклюзирующая операция на сосудах печени», A16.12.051.001 «Эндоваскулярная эмболизация сосудов с помощью адгезивных агентов», A16.12.051.002 «Эндоваскулярная эмболизация сосудов микроэмболами»);

- st25.012.3 «Операции на сосудах (уровень 5.3)» (включает следующие медицинские услуги: A16.12.041 «Эндоваскулярные окклюзирующие операции», A16.12.051 «Эндоваскулярная эмболизация сосудов»);

- st25.012.4 «Операции на сосудах (уровень 5.4)» (включает следующие медицинские услуги: A16.12.041.001 «Эндоваскулярная окклюзия сосудов с помощью микроспиралей», A16.12.041.002 «Эндоваскулярная окклюзия полости аневризмы с помощью микроспиралей»);

- st25.012.5 «Операции на сосудах (уровень 5.5)» (включает следующие медицинские услуги: A16.23.034.013 «Локальная эндоваскулярная трансартериальная тромбоэкстракция» при диагнозах в соответствии с МКБ-10 за исключением I63);

- st25.012.6 «Операции на сосудах (уровень 5.6)» (включает следующие медицинские услуги: A16.23.034.013 «Локальная эндоваскулярная трансартериальная тромбоэкстракция» при диагнозе МКБ-10 I63).

3.16. В рамках КСГ круглосуточного стационара выделяется подгруппа st36.004.2, предусматривающая оказание медицинской помощи (за исключением пациентов со злокачественными новообразованиями) с применением лекарственных препаратов, полученных за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, а также иных источников за исключением средств ОМС, которая подлежит оплате при указании иного классификационного критерия «dlo».

Кроме того, для оказания медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей предусмотрены КСГ st19.090 - st19.093, предусматривающие оказание

медицинской помощи с применением лекарственных препаратов, полученных за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, а также иных источников за исключением средств ОМС.

3.17. В рамках КСГ круглосуточного стационара, связанным с лечением коронавирусной инфекции COVID-19 выделяются клинико-статистические подгруппы, связанные в том числе с назначением генно-инженерных биологических препаратов, приобретенных за счет иных источников (за исключением средств ОМС) с применением иного классификационного критерия «covlp»:

- КСГ st12.016.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.2)»;
- КСГ st12.017.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.2)»;
- КСГ st12.018.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4.2)».

Кроме того, КСГ st12.016.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.2)» используется в случае неприменения при оказании медицинской помощи следующих лекарственных препаратов «тоцилизумаб», «олокизумаб», «левилимаб», «анакинра» или «сарилумаб» (в данном случае в качестве иного классификационного критерия используется «covbezlp»).

КСГ st12.017.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.2) и КСГ st12.018.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4.2)» используются в случае неприменения при оказании медицинской помощи генно-инженерных биологических препаратов («олокизумаб», «левилимаб», «сарилумаб», «тоцилизумуб», «канакинумаб», «анакинра» и другие, предусмотренные схемами лечения в соответствии с Временными методическими рекомендациями Минздрава России «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19), при наличии противопоказаний у пациента к применению указанных препаратов (в данном случае в качестве иного классификационного критерия используется «covbezlp»).

3.17.1. Порядок кодирования случаев оказания медицинской помощи пациентам при наличии коронавирусной инфекции COVID-19.

Коды МКБ-10 U07.1 и U07.2 возможно использовать в качестве основного кода МКБ-10 только к КСГ, напрямую связанным с лечением/долечиванием коронавирусной инфекции COVID-19: st12.015 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1)», st12.016.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.1)», st12.016.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.2)», st12.017.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.1)», st12.017.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.2)», st12.018.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4.1)», st12.018.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4.2)», st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание). При оказании медицинской помощи по иным

КСГ в случае наличия у пациента коронавирусной инфекции COVID-19, коды МКБ-10 U07.1 и U07.2 используются в качестве сопутствующего заболевания.

3.18. В рамках КСГ st36.012 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения» выделяется подгруппа для оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, предусматривающая лечение лиц со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), с применением лекарственных препаратов, полученных за счет бюджетных ассигнований регионального бюджета, а также иных источников за исключением средств ОМС, которая подлежит оплате при указании иного классификационного критерия «dlo».

3.19. Случаи оказания медицинской помощи при продолжении лечения пациентов в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях с целью продолжения лечения, которое начато в возрасте до 18 лет, в детской медицинской организации по схемам лекарственной терапии, описанным в клинических рекомендациях для возрастной категории, возможно предъявлять к оплате по КСГ, относящимся к профилю «Детская онкология» (st08.001 – st08.003).

Данные случаи подлежат медико-экономической экспертизе и, при необходимости, экспертизе качества медицинской помощи.

3.20. Особенности оплаты медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей.

Не допускается предъявление к оплате нескольких случаев оказания медицинской помощи пациенту со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей в течение 30 дней, если перерыв между госпитализациями составлял менее 1 дня (дата начала следующей госпитализации следовала сразу за датой выписки после предыдущей госпитализации). Также не допускается сочетание в рамках одного случая госпитализации и/или одного периода лечения оплаты по КСГ и по нормативу финансовых затрат на случай оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

3.21. При наложении сроков проведения диализа пациенту в амбулаторных условиях и лечения по заболеванию в условиях круглосуточного стационара в иной медицинской организации, не имеющей возможности проведения диализа, к оплате подаются услуги диализа и случай лечения по соответствующей КСГ разными медицинскими организациями.

3.22. Все случаи оказания медицинской помощи по одной и той же КСГ с повторным оказанием медицинской помощи в тот же день (или на следующий день) подлежат медико-экономической экспертизе и экспертизе качества медицинской помощи.

3.23. Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации также учитывает расходы на проведение телемедицинских консультаций.

3.24. 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.

3.25. В целях оплаты медицинской помощи, оказанной пациентам с ампутированными конечностями, учитывающие различную категорию сложности работы с культей предусмотрены следующие клинико-статистические подгруппы:

Код КСГ	Наименование КСГ	Код МКБ-10	Рекомендуемая длительность госпитализации, дни
st29.009.2	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1, первичное экзопротезирование без порочности культи)	E10.5 I70.2, S48.0 S48.1 S58.0 S58.1 S68.4 S68.8 S78.0 S78.1 S88.0 S88.1 S98.0	15
st29.009.3	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1, первичное экзопротезирование больных после односторонней ампутации с порочностью культи и сопутствующими заболеваниями)	E10.5 I70.2, S48.0 S48.1 S58.0 S58.1 S68.4 S68.8 S78.0 S78.1 S88.0 S88.1 S98.0	30
st29.009.4	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1, первичное экзопротезирование больных после двусторонней ампутации с пороками и заболеваниями культи. Первичное экзопротезирование больных после сочетанной и двухсторонней ампутации с тяжелыми сопутствующими заболеваниями)	E10.5 I70.2, S48.0 S48.1 S58.0 S58.1 S68.4 S68.8 S78.0 S78.1 S88.0 S88.1 S98.0, T05	45
st29.011.2	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3, первичное экзопротезирование без порочности культи)	E10.5 I70.2, S48.0 S48.1 S58.0 S58.1 S68.4 S68.8 S78.0 S78.1 S88.0 S88.1 S98.0	15
st29.011.3	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3, первичное экзопротезирование больных после односторонней	E10.5 I70.2, S48.0 S48.1 S58.0 S58.1 S68.4 S68.8 S78.0 S78.1 S88.0 S88.1 S98.0	30

Код КСГ	Наименование КСГ	Код МКБ-10	Рекомендуемая длительность госпитализации, дни
	ампутации с порочностью культи и сопутствующими заболеваниями)		
st29.011.4	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3, первичное экзопротезирование больных после двусторонней ампутации с пороками и заболеваниями культи. Первичное экзопротезирование больных после сочетанной и двухсторонней ампутации с тяжелыми сопутствующими заболеваниями)	E10.5 I70.2, S48.0 S48.1 S58.0 S58.1 S68.4 S68.8 S78.0 S78.1 S88.0 S88.1 S98.0, T05	45
st31.002.2	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1, первичное экзопротезирование без порочности культи)	E10.5 I70.2, S48.0 S48.1 S58.0 S58.1 S68.4 S68.8 S78.0 S78.1 S88.0 S88.1 S98.0	15
st31.002.3	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1, первичное экзопротезирование больных после односторонней ампутации с порочностью культи и сопутствующими заболеваниями)	E10.5 I70.2, S48.0 S48.1 S58.0 S58.1 S68.4 S68.8 S78.0 S78.1 S88.0 S88.1 S98.0	30
st31.002.4	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1, первичное экзопротезирование больных после двусторонней ампутации с пороками и заболеваниями культи. Первичное экзопротезирование больных после сочетанной и двухсторонней ампутации с тяжелыми сопутствующими заболеваниями)	E10.5 I70.2, S48.0 S48.1 S58.0 S58.1 S68.4 S68.8 S78.0 S78.1 S88.0 S88.1 S98.0, T05	45

3.26. В рамках КСГ st36.004 «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения» в целях реализации приоритетного проекта «Стационар: перезагрузка» выделяются следующие подгруппы с иным классификационным критерием «kkp1-5»:

Койки краткосрочного пребывания	
Код КСГ	Наименование КСГ
st36.004.3	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения (Койки краткосрочного пребывания по профилю «Терапия», «kkp1»)
st36.004.4	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения (Койки краткосрочного пребывания по профилю «Травматология», «kkp2»)
st36.004.5	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения (Койки краткосрочного пребывания по профилю «Хирургия», «kkp3»)
st36.004.6	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения (Койки краткосрочного пребывания по профилю «Гинекология», «kkp4»)
st36.004.7	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения (Койки краткосрочного пребывания «Дети», «kkp5»)

Обязательным условием для оплаты медицинской помощи является оказание медицинской помощи по вышеперечисленным профилям на койках краткосрочного пребывания с длительностью лечения 3 дня и менее (не более 72 часов) и результатом госпитализации 101 «Выписан».

3.27. В рамках КСГ st15.003 «Дегенеративные болезни нервной системы», st15.004 «Демиелинизирующие болезни нервной системы», st15.007 «Расстройства периферической нервной системы», st15.008 «Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень1)», st15.010 «Другие нарушения нервной системы (уровень 1)», st15.011 «Другие нарушения нервной системы (уровень 2)», st15.017 «Другие цереброваскулярные болезни», st16.001 «Паралитические синдромы, травма спинного мозга (уровень 1)», st16.003 «Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии», st16.004 «Травмы позвоночника», st29.006 «Множественные переломы, травматические ампутации, размозжения и последствия травм» и st36.002 «Редкие генетические заболевания» выделяются следующие подгруппы с иным классификационным критерием «brt»:

Код КСГ	Наименование КСГ	Длительность	Код МКБ
st15.003.2	Дегенеративные болезни нервной системы (brt, 8 сеансов)	Не менее 8 дней	G20, G25.0, G25.3, G25.5, G25.8, G62.8, G70.0, G95.0
st15.003.3	Дегенеративные болезни нервной системы (brt, 4 сеанса)	Не менее 4 дней	G20, G25.0, G25.3, G25.5, G25.8, G62.8, G70.0, G95.0
st15.003.4	Дегенеративные болезни нервной системы (brt, 12 сеансов)	Не менее 12 дней	G20, G25.0, G25.3, G25.5, G25.8, G62.8, G70.0, G95.0
st15.004.5	Демиелинизирующие болезни нервной системы (уровень1, brt, 8 сеансов)	Не менее 8 дней	G35, G37.8, G37.9, G61.8

Код КСГ	Наименование КСГ	Длительность	Код МКБ
st15.004.8	Демиелинизирующие болезни нервной системы (уровень1, brt, 4 сеанса)	Не менее 4 дней	G35, G37.8, G37.9, G61.8
st15.004.9	Демиелинизирующие болезни нервной системы (уровень1, brt, 12 сеансов)	Не менее 12 дней	G35, G37.8, G37.9, G61.8
st15.007.2	Расстройства периферической нервной системы (brt, 8 сеансов)	Не менее 8 дней	G50, G51, G52, G53, G54, G55, G57, G58, G59, G61.1, G61.9, G62.0, G62.1, G62.2, G62.9, G63, G64, G70.1, G70.2, G70.8, G70.9, G56.0, G56.1, G56.2, G56.3, G56.8, G56.9
st15.007.3	Расстройства периферической нервной системы (brt, 4 сеанса)	Не менее 4 дней	G50, G51, G52, G53, G54, G55, G57, G58, G59, G61.1, G61.9, G62.0, G62.1, G62.2, G62.9, G63, G64, G70.1, G70.2, G70.8, G70.9, G56.0, G56.1, G56.2, G56.3, G56.8, G56.9
st15.007.4	Расстройства периферической нервной системы (brt, 12 сеансов)	Не менее 12 дней	G50, G51, G52, G53, G54, G55, G57, G58, G59, G61.1, G61.9, G62.0, G62.1, G62.2, G62.9, G63, G64, G70.1, G70.2, G70.8, G70.9, G56.0, G56.1, G56.2, G56.3, G56.8, G56.9
st15.008.2	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень1, brt, 8 сеансов)	Не менее 8 дней	G20, G23.0, G24, G35, G43, G44, G51.3, G80.1, G80.3, G82.1, T90.8
st15.008.3	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень1, brt, 4 сеанса)	Не менее 4 дней	G20, G23.0, G24, G35, G43, G44, G51.3, G80.1, G80.3, G82.1, T90.8
st15.008.4	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень1, brt, 12 сеансов)	Не менее 12 дней	G20, G23.0, G24, G35, G43, G44, G51.3, G80.1, G80.3, G82.1, T90.8
st15.010.2	Другие нарушения нервной системы (уровень1, brt, 8 сеансов)	Не менее 8 дней	G24, G32.8, G47.0, G47.1, G47.2, G47.8, G47.9, G90.0, G90.8, G90.9, G92, G93.8, G96.8, G90.1, G90.2, G93.9, G96.9, T90.8
st15.010.3	Другие нарушения нервной системы (уровень1, brt, 4 сеанса)	Не менее 4 дней	G24, G32.8, G47.0, G47.1, G47.2, G47.8, G47.9, G90.0, G90.8, G90.9, G92, G93.8, G96.8, G90.1, G90.2, G93.9, G96.9, T90.8
st15.010.4	Другие нарушения нервной системы (уровень1, brt, 12 сеансов)	Не менее 12 дней	G24, G32.8, G47.0, G47.1, G47.2, G47.8, G47.9, G90.0, G90.8, G90.9, G92, G93.8, G96.8, G90.1, G90.2, G93.9, G96.9, T90.8
st15.011.2	Другие нарушения нервной системы (уровень 2, brt, 8 сеансов)	Не менее 8 дней	G43, G44, G95.1, G95.2, G95.8, G95.9
st15.011.3	Другие нарушения нервной системы (уровень 2, brt, 4 сеанса)	Не менее 4 дней	G43, G44, G95.1, G95.2, G95.8, G95.9
st15.011.4	Другие нарушения нервной системы (уровень 2, brt, 12 сеансов)	Не менее 12 дней	G43, G44, G95.1, G95.2, G95.8, G95.9
st15.017.2	Другие цереброваскулярные болезни (brt, 8 сеансов)	Не менее 8 дней	I67.8, I67.9
st15.017.3	Другие цереброваскулярные болезни (brt, 4 сеанса)	Не менее 4 дней	I67.8, I67.9
st15.017.4	Другие цереброваскулярные болезни (brt, 12 сеансов)	Не менее 12 дней	I67.8, I67.9
st16.001.2	Паралитические синдромы, травма спинного мозга (уровень, brt, 8 сеансов)	Не менее 8 дней	G80.1, G80.3, G82.1

Код КСГ	Наименование КСГ	Длительность	Код МКБ
st16.001.3	Паралитические синдромы, травма спинного мозга (уровень, brt, 4 сеанса)	Не менее 4 дней	G80.1, G80.3, G82.1
st16.001.4	Паралитические синдромы, травма спинного мозга (уровень, brt, 12 сеансов)	Не менее 12 дней	G80.1, G80.3, G82.1
st16.003.2	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии (brt, 8 сеансов)	Не менее 8 дней	M42, M43.0, M43.6, M43.8, M43.9, M48.8, M48.9, M50, M51, M53, M54
st16.003.3	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии (brt, 4 сеанса)	Не менее 4 дней	M42, M43.0, M43.6, M43.8, M43.9, M48.8, M48.9, M50, M51, M53, M54
st16.003.4	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии (brt, 12 сеансов)	Не менее 12 дней	M42, M43.0, M43.6, M43.8, M43.9, M48.8, M48.9, M50, M51, M53, M54
st16.004.2	Травмы позвоночника (brt, 8 сеансов)	Не менее 8 дней	M48.4
st16.004.3	Травмы позвоночника (brt, 4 сеанса)	Не менее 4 дней	M48.4
st16.004.4	Травмы позвоночника (brt, 12 сеансов)	Не менее 12 дней	M48.4
st29.006.2	Множественные переломы, травматические ампутации, размозжения и последствия травм (brt, 8 сеансов)	Не менее 8 дней	T90
st29.006.3	Множественные переломы, травматические ампутации, размозжения и последствия травм (brt, 4 сеанса)	Не менее 4 дней	T90
st29.006.4	Множественные переломы, травматические ампутации, размозжения и последствия травм (brt, 12 сеансов)	Не менее 12 дней	T90
st36.002.2	Редкие генетические заболевания (brt, 8 сеансов)	Не менее 8 дней	G24.5, G23.8, G24.1, G24.2, G60.8, G60.9, G71.0, G71.8, G71.9, G72.0, G72.1, G72.2, G72.3, G72.4
st36.002.3	Редкие генетические заболевания (brt, 4 сеанса)	Не менее 4 дней	G24.5, G23.8, G24.1, G24.2, G60.8, G60.9, G71.0, G71.8, G71.9, G72.0, G72.1, G72.2, G72.3, G72.4
st36.002.4	Редкие генетические заболевания (brt, 12 сеансов)	Не менее 12 дней	G24.5, G23.8, G24.1, G24.2, G60.8, G60.9, G71.0, G71.8, G71.9, G72.0, G72.1, G72.2, G72.3, G72.4

Обязательным условием для оплаты медицинской помощи по КСГ st15.003.2, st15.004.5, st15.007.2, st15.008.2, st15.010.2, st15.011.2, st15.017.2, st16.001.2, st16.003.2, st16.004.2, st29.006.2 и st36.002.2 является оказание медицинской помощи по вышеперечисленным диагнозам МКБ-10 с применением биорезонансной терапии (выполнение всех медицинских услуг, входящих в КПМУ B01.041.8).

Обязательным условием для оплаты медицинской помощи по КСГ st15.003.3, st15.004.6, st15.007.3, st15.008.3, st15.010.3, st15.011.3, st15.017.3, st16.001.3, st16.003.3, st16.004.3, st29.006.3 и st36.002.3 является оказание медицинской помощи по вышеперечисленным диагнозам МКБ-10 с применением биорезонансной терапии (выполнение всех медицинских услуг, входящих в КПМУ B01.041.4).

Обязательным условием для оплаты медицинской помощи по КСГ st15.003.4, st15.004.7, st15.007.4, st15.008.4, st15.010.4, st15.011.4, st15.017.4, st16.001.4, st16.003.4, st16.004.4, st29.006.4 и st36.002.4 является оказание медицинской помощи по вышеперечисленным диагнозам МКБ-10 с применением биорезонансной терапии (выполнение всех медицинских услуг, входящих в КПМУ B01.041.12).

3.29. Возмещение расходов медицинской организации, имеющей в своей структуре патолого-анатомическое отделение (в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу ОМС), на проведение патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) осуществляются в рамках оплаты прерванного случая госпитализации по соответствующей КСГ.

При проведении патолого-анатомических вскрытий пациентов, умерших в стационаре медицинских организаций (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов), в которых отсутствует патолого-анатомическое отделение, оплата патолого-анатомических вскрытий осуществляется по тарифу для проведения межучрежденческих взаиморасчетов (Приложение 6б, код услуги A08.30.019).

3.30. Особенности формирования подгрупп КСГ, связанных с проведением иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции.

В рамках КСГ st36.025 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)» и st36.026 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)» выделяются подгруппы, связанные с назначением лекарственного препарата МНН «Паливизумаб».

Отнесение к подгруппам осуществляется на основании иного классификационного критерия из диапазона «plvmab1»-«plvmab4», соответствующего дозировке лекарственного препарата МНН «Паливизумаб», согласно таблице:

Код КСГ	Наименование КСГ	Иной классификационный критерий	Наименование схемы
st36.025.1	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1, подуровень 1) (plvmab1)	plvmab1	Паливизумаб, до 50 мг включительно
st36.025.2	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1, подуровень 2) (plvmab2)	plvmab2	Паливизумаб, от 51 мг до 100 мг включительно
st36.025.3	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1, подуровень 3) (plvmab3)	plvmab3	Паливизумаб, от 101 мг до 150 мг включительно
st36.025.4	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1, подуровень 4) (plvmab4)	plvmab4	Паливизумаб, от 151 мг до 200 мг включительно
st36.026.1	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2, подуровень 1) (plvmab1)	plvmab1	Паливизумаб, до 50 мг включительно
st36.026.2	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2, подуровень 2) (plvmab2)	plvmab2	Паливизумаб, от 51 мг до 100 мг включительно
st36.026.3	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2, подуровень 3) (plvmab3)	plvmab3	Паливизумаб, от 101 мг до 150 мг включительно
st36.026.4	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2, подуровень 4) (plvmab4)	plvmab4	Паливизумаб, от 151 мг до 200 мг включительно

4. Учет и оплата медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

4.1. Учет и оплата случаев лечения при оказании диализа.

Медицинская помощь, связанная с оказанием услуг диализа, оказываются в условиях центров (отделений) гемодиализа при условии наличия направлений на проведение лечения диализом.

Диализ может оказываться при нахождении больного:

- на стационарном лечении в специализированных отделениях, учет медицинской помощи осуществляется по форме № 066/у-02, и оплачивается дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения за количество фактически проведенных сеансов (услуга подлежит учету во всех случаях ее применения);

- на лечении в амбулаторных условиях.

В случае оказания диализа пациенту, находящемуся на стационарном лечении, услуга фиксируется в «Медицинской карте стационарного больного» и при выписке пациента, отмечается в Статистической карте выбывшего из стационара круглосуточного пребывания.

Для больных с диагнозом ХПН, находящихся на программном и перитонеальном диализе, правила контроля, объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи при повторных госпитализациях (обращениях) не применяются.

4.2. Особенности формирования КСГ по профилю «Онкология», в том числе с применением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей).

Формирование КСГ по профилю «Онкология» с применением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) осуществляется на основании справочников схем лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), содержащемся в файлах Расшифровки групп для дневного и круглосуточного стационаров (приложения 6 и 7 Методическим рекомендациям).

Указанные справочники содержат схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях и соответствующие им номера КСГ, к которым относятся случаи госпитализации с применением данных схем.

Описание состава справочников и особенности их использования приведены в Методических рекомендациях.

Описание схем в справочниках не может служить заменой сведениям, изложенным в клинических рекомендациях и инструкциям к лекарственным препаратам, и предназначено не для информирования медицинских работников о возможных вариантах лечения, а для идентификации проведенного лечения в целях его корректного кодирования.

За законченный случай лекарственной терапии злокачественных новообразований принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, указанному в столбце «Количество дней введения в тарифе» листа «Схемы лекарственной терапии».

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

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

В случае снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с предусмотренными в описании схемы лекарственной терапии 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 пунктами 3.3.1., 5.3.1.):

- 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, изложенным в подпунктах 1 – 6 пунктов 3.3.1., 5.3.1.

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 пунктами 3.3.1., 5.3.1.) при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии.

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.

При назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии с применением лекарственных препаратов, указанных в Приложении № 16, для лечения отдельных нозологий, необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований и (или) иммуногистохимических исследований (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии).

Данные случаи в обязательном порядке подлежат дальнейшим контрольно-экспертным мероприятиям.

Отнесение случаев лечения к лучевой терапии по соответствующей КСГ осуществляется на основании кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг и количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций).

Диапазон числа фракций:

Диапазон фракций	Расшифровка
fr01-05	Количество фракций от 1 до 5 включительно
fr06-07	Количество фракций от 6 до 7 включительно
fr08-10	Количество фракций от 8 до 10 включительно
fr11-20	Количество фракций от 11 до 20 включительно
fr21-29	Количество фракций от 21 до 29 включительно
fr30-32	Количество фракций от 30 до 32 включительно
fr33-99	Количество фракций от 33 включительно и более

Для оплаты случаев лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией и лекарственными препаратами предусмотрены соответствующие КСГ. Отнесение к группам осуществляется по коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг с учетом количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций), а также кода МНН лекарственных препаратов.

Отнесение к хирургическим КСГ по профилю «онкология» производится при комбинации диагнозов С00-С80, С97 и D00-D09 (поле «МКВ-1») и услуг, обозначающих выполнение оперативного вмешательства. При этом для указанных кодов МКБ-10 поле «МКВ-0» является обязательным к заполнению.

В случае если злокачественное новообразование выявлено в результате госпитализации с целью оперативного лечения по поводу неонкологического заболевания (доброкачественное новообразование, кишечная непроходимость и др.) отнесение к КСГ и оплата осуществляются в соответствии с классификационными критериями по коду медицинской услуги без учета кода диагноза злокачественного новообразования.

Отнесение к КСГ st36.012 и ds36.006 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения» производится, если диагноз относится к классу С, при этом больному не оказывалось услуг, являющихся классификационным критерием (химиотерапии, лучевой терапии, хирургической операции). Данная группа может применяться в случае необходимости проведения поддерживающей терапии и симптоматического лечения.

При проведении экспертизы качества медицинской помощи по данным КСГ необходимо осуществить проверку на обоснованность подобных госпитализаций.

Отнесение случая к КСГ st27.014 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования»

осуществляется с применением соответствующего кода Номенклатуры медицинских услуг из раздела «В». Данная группа предназначена в основном для оплаты случаев госпитализаций в отделения / медицинские организации неонкологического профиля, когда в ходе обследования выявлено злокачественное новообразование с последующим переводом (выпиской) больного для лечения в профильной организации, так и для оплаты случаев госпитализации в отделения онкологического профиля с диагностической целью, включая также необходимость проведения биопсии.

Отнесение к КСГ ds19.033 «Госпитализация в диагностических целях с проведением молекулярно-генетического и (или) иммуногистохимического исследования или иммунофенотипирования» осуществляется в соответствии с иными классификационными критериями «mgi» и «ftg», применяемыми для кодирования случаев госпитализации с обязательным выполнением биопсии при подозрении на злокачественное новообразование и проведением диагностических молекулярно-генетических и/или иммуногистохимических исследований или обязательное выполнение трепанобиопсии/или забора крови (другой биологической жидкости) с последующим проведением иммунофенотипирования методом проточной цитофлуориметрии.

В случае если в условиях дневного стационара пациенту выполнена биопсия, являющаяся классификационным критерием КСГ с коэффициентом затратоемкости, превышающим коэффициент затратоемкости КСГ ds19.033, оплата такой госпитализации осуществляется по КСГ с наибольшим коэффициентом затратоемкости.

Учет проведенных оперативных вмешательств в соответствии с КСГ осуществляется медицинскими организациями отдельно с применением специализированного программного обеспечения по формированию реестра счетов.

Для учета случаев лечения в условиях стационара (круглосуточного или дневного любого типа) используется «Статистическая карта выбывшего из стационара» (форма №066/у-02), в которой указывается код группы КСГ, соответствующий коду основного заболевания, виду медицинской помощи, возрасту пациента и выбранной клинической технологии диагностики и лечения, в графе «Вид оплаты» таблицы 26 «Движение пациента по отделениям» и таблицы 27 «Хирургические операции».

4.3. При выделении в структуре КСГ с учетом классификационных критериев подгрупп для которых установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости базовой КСГ, оплата медицинской помощи осуществляется по стоимости подгруппы КСГ.

4.4. Размеры коэффициентов сложности лечения пациента (КСЛП) установлены Приложениями № 9б и № 11б к Тарифному соглашению.

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

Учет сведений о схемах сопроводительной лекарственной терапии в рамках случая лечения, оплата которой осуществляется с использованием КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)», обеспечивается путем отражения соответствующего кода схемы в поле «CRIT» реестра счетов на оплату медицинской помощи.

Распределение схем сопроводительной лекарственной терапии по уровням КСЛП представлены в Приложениях № 9б и № 11б к Тарифному соглашению.

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

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 5.3.1.) в случае проведения лечения в полном соответствии с описанием схемы лекарственной терапии.

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

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 описанием 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 пунктами 3.3.1., 5.3.1.

5. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

5.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, в том числе оказывающих процедуру ЭКО, представлен в Приложении № 3 к Тарифному соглашению.

5.2. Формирование КСГ, расчет средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовой ставки), стоимости случая лечения и применение поправочных коэффициентов осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями.

5.3. Особенности оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара.

5.3.1. Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи, в том числе:

1 - в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям;

2 - в случаях прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;

3 - в случаях изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар;

4 - в случаях перевода пациента в другую медицинскую организацию;

5 - в случаях прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения;

6 - в случаях лечения, закончившихся смертью пациента (летальным исходом);

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

8 - в случаях выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением законченных случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, указанным в приложении № 11в к Тарифному соглашению;

9 - лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020-ds12.028 с длительностью лечения менее количества дней, определенных приложением № 11а к Тарифному соглашению.

10 - случаи медицинской реабилитации по КСГ и подгруппам в рамках ds37.001 - ds37.019, длительностью лечения менее количества дней, определенных приложением № 11а к Тарифному соглашению.

В случае если пациенту была выполнено хирургическое вмешательство (в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг) и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 90% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ;

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ (за исключением КСГ и подгрупп ds37.001 - ds37.009, ds37.011, ds37.012, ds37.015 и ds37.016, случаи по которым оплачиваются в размере 20% от стоимости КСГ, случаев проведения лекарственной терапии, оплата по которым осуществляется в соответствии с пунктом 5.3.2)

- при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости КСГ (за исключением КСГ и подгрупп ds37.001 - ds37.009, ds37.011, ds37.012, ds37.015 и ds37.016, случаи по которым оплачиваются в размере 50% от стоимости КСГ при длительности свыше 3 дней, но менее 70% от рекомендованной длительности и в размере 70% от стоимости КСГ при длительности 70% от рекомендованной длительности и выше, но менее рекомендованной, случаев проведения лекарственной терапии, оплата по которым осуществляется в соответствии с пунктом 5.3.2, а также случаев по КСГ ds37.017 - ds37.019, которые оплачиваются в размере 50% при длительности от 12 до 17 дней включительно).

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое лечение в условиях дневного стационара, представлен в Приложении № 11г к Тарифному соглашению.

Случаи перевода пациента для продолжения лечения из круглосуточного стационара в дневной (и наоборот) в пределах одной медицинской организации подлежат учету и предъявляются к оплате отдельно по соответствующей КСГ.

В случае перевода пациента в дневном стационаре из одного профильного отделения в другое в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ-10 и (или) новое заболевание является следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, в рамках дневного стационара, 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 первый случай подлежит оплате как прерванный.

Оплата прерванных случаев проведения лучевой терапии, в сочетании с лекарственной терапией подлежит оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение (или) тромболитическая терапия не проводилась.

Оплата случаев лечения проведения лучевой терапии осуществляется путем отнесения его к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

5.3.2. Оплата случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту старше 18 лет оплачивается по следующему порядку:

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме при соблюдении условий, предусмотренных пунктом 4.2. Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи».

Схема лекарственной терапии при наличии оснований считать случай прерванным в соответствии с пунктом 5.3.1. (в случае проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии) оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости КСГ;

- при длительности свыше 3 дней, но менее длительности, предусмотренной схемой лечения, – 50% от стоимости КСГ.

При оказании медицинской помощи по профилю «Онкология» случаи перевода пациентов из отделения хирургического профиля для дальнейшего лечения в химиотерапевтическое и/или отделение лучевой терапии предъявляются к оплате в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

5.4. Оплата по двум КСГ осуществляется в случаях лечения аналогично порядку оплаты в круглосуточном стационаре.

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

5.5. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим медицинскую помощь, связанную с оказанием диализа, оплата в условиях дневного стационара осуществляется за услугу диализа и при необходимости в сочетании с основной КСГ, учитывающей основное (сопутствующее заболевание). В целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации Программы ОМС за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения.

5.6. При проведении в дневном стационаре допускаются и оплачиваются комплексные услуги по проведению пренатальной диагностики нарушений внутриутробного развития плода, оказываемые в амбулаторных условиях медицинскими организациями, имеющими в своем составе кабинеты пренатальной диагностики установленные Приложением № 6в к Тарифному

соглашению, за исключением генетического обследования беременных по выявлению (подтверждению) врожденных аномалий (пороков) развития у плода в медико-генетических консультациях (центрах) и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций,

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

Для подгрупп, включенных в КСГ №№ ds37.001 - ds37.008, ds37.015 - ds37.016 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента.

Шкала реабилитационной маршрутизации представлена в порядке организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденном приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н.

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

Отнесение к подгруппам, выделенным в рамках КСГ ds37.001 - ds37.004 и ds37.011, производится по коду МКБ-10, а также в зависимости от использования специальных тренажеров для восстановления двигательной активности.

При этом отнесение к подгруппам ds37.001.4, ds37.003.4, ds37.004.4, ds37.011.4 осуществляется в случае отсутствия использования специальных тренажеров для восстановления двигательной активности и вне зависимости от диагноза по МКБ-10.

Оплата случаев медицинской реабилитации детей по КСГ ds37.017-ds37.019 осуществляется в медицинских организациях, которые в соответствии с Порядком № 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).

Случай медицинской реабилитации детей, оплачиваемый в указанных медицинских организациях по КСГ ds37.017-ds37.019, 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 ds37.017-ds37.019.

5.8. Учет и оплата случаев лечения при хронических вирусных гепатитах в условиях дневного стационара с применением лекарственной терапии.

5.8.1. Оплата случаев лекарственной терапии по поводу хронического вирусного гепатита С осуществляется по клинико-статистическим подгруппам на основании иного классификационного критерия «thc», отражающего применение определенной схемы лекарственной терапии в рамках случая противовирусного лечения с учетом утвержденных Методических рекомендаций по скринингу, диагностике и лечению пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) в Московской области.

Коэффициенты затратоемкости для КСГ приведены в расчете на усредненные затраты исходя из установленной длительности лекарственной терапии 28 дней.

Длительность терапии определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи.

При этом подача счетов на оплату медицинской помощи оказанной в рамках случая лекарственной терапии возможна со следующего дня после окончания установленной длительности одного случая госпитализации.

5.8.2. Оплата случаев лекарственной терапии по поводу хронического вирусного гепатита В без дельта агента (далее – ХВГВ) осуществляется в рамках КСГ ds12.020 «Вирусный гепатит В хронический без дельта агента, лекарственная терапия» 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.

В рамках КСГ ds12.020 «Вирусный гепатит В хронический без дельта агента, лекарственная терапия» выделяются подгруппы, связанные с назначением

лекарственной терапии при лечении хронического вирусного гепатита В без дельта агента.

Отнесение к подгруппам случаев применения лекарственной терапии при хроническом вирусном гепатите В осуществляется на основании МНН лекарственного препарата согласно таблице:

Код КСГ	Наименование КСГ	МНН лекарственного препарата
ds12.020.1	Вирусный гепатит В хронический без дельта агента, лекарственная терапия (МНН "Энтекавир")	Энтекавир
ds12.020.2	Вирусный гепатит В хронический без дельта агента, лекарственная терапия (МНН "Тенофовир")	Тенофовир
ds12.020.3	Вирусный гепатит В хронический без дельта агента, лекарственная терапия (МНН "Тенофовира алафенамид")	Тенофовира алафенамид

5.8.3. Оплата случаев лекарственной терапии по поводу хронического вирусного гепатита В с дельта агентом (далее - ХВГD) осуществляется по клинико-статистическим подгруппам на основании иного классификационного критерия «thbd», отражающего применение одной из схем лекарственной терапии при оказании медицинской помощи при данном заболевании.

Коэффициенты затратоемкости для КСГ приведены в расчете на усредненные затраты, исходя из установленной длительности лекарственной терапии 30 дней.

Длительность терапии определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи.

При этом подача счетов на оплату медицинской помощи оказанной в рамках случая лекарственной терапии возможна со следующего дня после окончания установленной длительности одного случая госпитализации.

5.9. Оплата случаев лечения, оказываемых в условиях дневного стационара, медицинскими организациями, находящимися на территории закрытых административных территориальных образований (далее - ЗАТО), осуществляется с применением коэффициента уровня оказания медицинской помощи в значении 1,2.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, в том числе оказывающих процедуру ЭКО, находящихся на территории ЗАТО, представлен в Приложении № 3 к Тарифному соглашению.

5.10. Оплата процедур экстракорпорального оплодотворения осуществляется в зависимости от этапа по соответствующим КСГ, установленным в Приложении №11а к Тарифному соглашению.

Случаи оказания медицинской помощи в дневном стационаре с использованием вспомогательных репродуктивных технологий подлежат оплате независимо от фактов предшествующего или последующего перевода в круглосуточный стационар.

Оплата хранения криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС не осуществляется.

5.11. В период лечения в дневном стационаре по основному заболеванию допускаются и оплачиваются амбулаторные посещения к специалистам другого профиля вне графика пребывания пациента в дневном стационаре в случае, если данное посещение не относится к обследованию и лечению по основному заболеванию.

5.12. В рамках КСГ дневного стационара ds36.002 «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения» выделяется подгруппа:

- ds36.002.2 – предусматривающая оказание медицинской помощи (за исключением пациентов со злокачественными новообразованиями) с применением лекарственных препаратов, полученных за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, а также иных источников за исключением средств ОМС, которая подлежит оплате при указании иного классификационного критерия «dlo».

5.13. Для оказания медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей предусмотрены КСГ ds19.063 - ds19.066, предусматривающие оказание медицинской помощи с применением лекарственных препаратов, полученных за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, а также иных источников за исключением средств ОМС.

5.14. В рамках КСГ ds36.006 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения» выделяется подгруппа для оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара, предусматривающая лечение лиц со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), с применением лекарственных препаратов, полученных за счет бюджетных ассигнований регионального бюджета, а также иных источников за исключением средств ОМС, которая подлежит оплате при указании иного классификационного
критерия «dlo».

5.15. Случаи оказания медицинской помощи при продолжении лечения пациентов в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях с

целью продолжения лечения, которое начато в возрасте до 18 лет, в детской медицинской организации по схемам лекарственной терапии, описанным в клинических рекомендациях для возрастной категории, возможно предъявлять к оплате по КСГ, относящимся к профилю «Детская онкология» (ds08.001 – ds08.003).

Данные случаи подлежат медико-экономической экспертизе и, при необходимости, экспертизе качества медицинской помощи.

5.16. Особенности оплаты медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей.

Не допускается предъявление к оплате нескольких случаев оказания медицинской помощи пациенту со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей в течение 30 дней, если перерыв между госпитализациями составлял менее 1 дня (дата начала следующей госпитализации следовала сразу за датой выписки после предыдущей госпитализации). Также не допускается сочетание в рамках одного случая госпитализации и/или одного периода лечения оплаты по КСГ и по нормативу финансовых затрат на случай оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

5.17. Размеры коэффициентов сложности лечения пациента (КСЛП) установлены Приложением №11б к Тарифному соглашению.

5.18. В рамках КСГ ds13.001 «Болезни системы кровообращения, взрослые», ds15.001 «Болезни нервной системы, хромосомные аномалии», ds15.002 – ds15.003 «Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1,2), ds16.001 «Болезни и травмы позвоночника, спинного мозга, последствия внутричерепной травмы, сотрясение головного мозга» и ds29.004 «Заболевания опорно-двигательного аппарата, травмы, болезни мягких тканей» выделяются следующие подгруппы с иным классификационным критерием «brt»:

Код КСГ	Наименование КСГ	Длительность	Код МКБ-10
ds13.001.3	Болезни системы кровообращения, взрослые (уровень 1, brt, 8 сеансов)	Не менее 8 дней	I67.8, I67.9
ds13.001.4	Болезни системы кровообращения, взрослые (уровень 1, brt, 4 сеанса)	Не менее 4 дней	I67.8, I67.9
ds13.001.5	Болезни системы кровообращения, взрослые (уровень 1, brt, 12 сеансов)	Не менее 12 дней	I67.8, I67.9

Код КСГ	Наименование КСГ	Длительность	Код МКБ-10
ds15.001.2	Болезни нервной системы, хромосомные аномалии (brt, 8 сеансов)	Не менее 8 дней	G20, G23.0, G24, G32.8, G35, G43, G44, G47.0, G47.1, G47.2, G47.8, G47.9, G50, G51.0, G51.2, G51.3, G51.4, G51.8, G51.9, G52, G53, G54, G55, G56, G57, G58, G59, G61.1, G61.9, G62, G63, G64, G70, G90.0, G90.8, G90.9, G92, G93.8, G96.8, G23.8, G25.0, G25.3, G25.5, G25.8, G37.8, G37.9, G60.8, G60.9, G61.8, G71.0, G71.8, G71.9, G72, G80.1, G80.3, G82.1, G90.1, G90.2, G93.9, G95, G96.9
ds15.001.3	Болезни нервной системы, хромосомные аномалии (brt,4 сеанса)	Не менее 4 дней	G20, G23.0, G24, G32.8, G35, G43, G44, G47.0, G47.1, G47.2, G47.8, G47.9, G50, G51.0, G51.2, G51.3, G51.4, G51.8, G51.9, G52, G53, G54, G55, G56, G57, G58, G59, G61.1, G61.9, G62, G63, G64, G70, G90.0, G90.8, G90.9, G92, G93.8, G96.8, G23.8, G25.0, G25.3, G25.5, G25.8, G37.8, G37.9, G60.8, G60.9, G61.8, G71.0, G71.8, G71.9, G72, G80.1, G80.3, G82.1, G90.1, G90.2, G93.9, G95, G96.9
ds15.001.4	Болезни нервной системы, хромосомные аномалии (brt, 12 сеансов)	Не менее 12 дней	G20, G23.0, G24, G32.8, G35, G43, G44, G47.0, G47.1, G47.2, G47.8, G47.9, G50, G51.0, G51.2, G51.3, G51.4, G51.8, G51.9, G52, G53, G54, G55, G56, G57, G58, G59, G61.1, G61.9, G62, G63, G64, G70, G90.0, G90.8, G90.9, G92, G93.8, G96.8, G23.8, G25.0, G25.3, G25.5, G25.8, G37.8, G37.9, G60.8, G60.9, G61.8, G71.0, G71.8, G71.9, G72, G80.1, G80.3, G82.1, G90.1, G90.2, G93.9, G95, G96.9
ds15.002.2	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень1, brt, 8 сеансов)	Не менее 8 дней	G20, G23.0, G24, G35, G43, G44, G51.3, G80.1, G80.3, G82.1, T90.8
ds15.002.3	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень1, brt, 4 сеанса)	Не менее 4 дней	G20, G23.0, G24, G35, G43, G44, G51.3, G80.1, G80.3, G82.1, T90.8
ds15.002.4	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень1, brt, 12 сеансов)	Не менее 12 дней	G20, G23.0, G24, G35, G43, G44, G51.3, G80.1, G80.3, G82.1, T90.8
ds15.003.2	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2, brt, 8 сеансов)	Не менее 8 дней	G20, G23.0, G24.0, G24.1, G24.2, G24.8, G24.9, G35, G51.3

Код КСГ	Наименование КСГ	Длительность	Код МКБ-10
ds15.003.3	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2, brt, 4 сеанса)	Не менее 4 дней	G20, G23.0, G24.0, G24.1, G24.2, G24.8, G24.9, G35, G51.3
ds15.003.4	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2, brt, 12 сеансов)	Не менее 12 дней	G20, G23.0, G24.0, G24.1, G24.2, G24.8, G24.9, G35, G51.3
ds16.001.2	Болезни и травмы позвоночника, спинного мозга, последствия внутричерепной травмы, сотрясение головного мозга (brt, 8 сеансов)	Не менее 8 дней	M42, M50, M51, M53, M54, T90.8
ds16.001.3	Болезни и травмы позвоночника, спинного мозга, последствия внутричерепной травмы, сотрясение головного мозга (brt, 4 сеанса)	Не менее 4 дней	M42, M50, M51, M53, M54, T90.8
ds16.001.4	Болезни и травмы позвоночника, спинного мозга, последствия внутричерепной травмы, сотрясение головного мозга (brt, 12 сеансов)	Не менее 12 дней	M42, M50, M51, M53, M54, T90.8
ds29.004.3	Заболевания опорно-двигательного аппарата, травмы, болезни мягких тканей (brt, 8 сеансов)	Не менее 8 дней	T90
ds29.004.4	Заболевания опорно-двигательного аппарата, травмы, болезни мягких тканей (brt, 4 сеанса)	Не менее 4 дней	T90
ds29.004.5	Заболевания опорно-двигательного аппарата, травмы, болезни мягких тканей (brt, 12 сеансов)	Не менее 12 дней	T90

Обязательным условием для оплаты медицинской помощи по КСГ ds13.001.3, ds15.001.2, ds15.002.2, ds15.003.2, ds16.001.2 и ds29.004.3 является оказание медицинской помощи по вышеперечисленным диагнозам МКБ-10 с применением биорезонансной терапии (выполнение всех медицинских услуг, входящих в КПМУ B01.041.8).

Обязательным условием для оплаты медицинской помощи по КСГ ds13.001.4, ds15.001.3, ds15.002.3, ds15.003.3, ds16.001.3 и ds29.004.4 является оказание медицинской помощи по вышеперечисленным диагнозам МКБ-10 с применением биорезонансной терапии (выполнение всех медицинских услуг, входящих в КПМУ B01.041.4).

Обязательным условием для оплаты медицинской помощи по КСГ ds13.001.5, ds15.001.4, ds15.002.4, ds15.003.4, ds16.001.4 и ds29.004.5 является оказание медицинской помощи по вышеперечисленным диагнозам МКБ-10 с применением биорезонансной терапии (выполнение всех медицинских услуг, входящих в КПМУ B01.041.12).

5.19. Особенности формирования подгрупп КСГ, связанных с проведением иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции.

В рамках КСГ ds36.012 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)» и ds36.013 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)» выделяются подгруппы, связанные с назначением лекарственного препарата МНН «Паливизумаб».

Отнесение к подгруппам осуществляется на основании иного классификационного критерия из диапазона «plvmab1»-«plvmab4», соответствующего дозировке лекарственного препарата МНН «Паливизумаб», согласно таблице:

Код КСГ	Наименование КСГ	Иной классификационный критерий	Наименование схемы
ds36.012.1	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1, подуровень 1) (plvmab1)	plvmab1	Паливизумаб, до 50 мг включительно
ds36.012.2	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1, подуровень 2) (plvmab2)	plvmab2	Паливизумаб, от 51 мг до 100 мг включительно
ds36.012.3	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1, подуровень 3) (plvmab3)	plvmab3	Паливизумаб, от 101 мг до 150 мг включительно
ds36.012.4	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1, подуровень 4) (plvmab4)	plvmab4	Паливизумаб, от 151 мг до 200 мг включительно
ds36.013.1	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2, подуровень 1) (plvmab1)	plvmab1	Паливизумаб, до 50 мг включительно
ds36.013.2	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2, подуровень 2) (plvmab2)	plvmab2	Паливизумаб, от 51 мг до 100 мг включительно
ds36.013.3	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2, подуровень 3) (plvmab3)	plvmab3	Паливизумаб, от 101 мг до 150 мг включительно
ds36.013.4	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2, подуровень 4) (plvmab4)	plvmab4	Паливизумаб, от 151 мг до 200 мг включительно

6. Применение способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

6.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, в том числе перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи, устанавливается Приложением № 4 к Тарифному соглашению.

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

6.3. По подушевому нормативу финансирования осуществляется 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), оказываемая в экстренной и неотложной формах, за исключением:

- скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования, установленные в Приложении № 13а к Тарифному соглашению, рассчитаны для медицинских организаций и учитывают коэффициент половозрастного состава, коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации), коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации.

6.4. Оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи при проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и др.), за счет средств ОМС не осуществляется.

6.5. Учет и оплата скорой и неотложной медицинской помощи.

Учет медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), осуществляется как вызов бригады скорой медицинской помощи и

отражается в учетной форме №110/у «Карта вызова скорой медицинской помощи»[2].

В рамках реализации Программы ОМС оплате за счет средств ОМС подлежат вызовы врачебной общепрофильной бригады, врачебной специализированной бригады (педиатрической, анестезиологическо-реанимационной, педиатрической анестезиологическо-реанимационной, экстренной консультативной бригады), фельдшерской общепрофильной бригады.

При оказании скорой медицинской помощи без выезда оплата осуществляется по тарифам посещения врача/фельдшера неотложной медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом отделении.

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

1. Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных бюджетом ТФОМС МО на финансовое обеспечение Программы ОМС, с учетом федеральных нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема, установленных Программой ОМС.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой по Программе ОМС включает 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 медицинских организациях (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, включая расходы на использование беспилотных авиационных систем (транспортных средств) для транспортировки биоматериалов, лекарственных препаратов и иных медицинских грузов, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату, в том числе 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, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 400 тыс. рублей

[2] Форма утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 02.12.2009 № 942 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения) больницы скорой медицинской помощи».

за единицу, 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.

Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определены в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н.

При определении направлений расходования средств МО следует руководствоваться:

- указаниями о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденными Приказом Минфина России от 29.11.2017 № 209н «Об утверждении Порядка применения классификации операций сектора государственного управления»;

- градостроительным кодексом Российской Федерации (пункт 14.2 статьи 1) при определении понятия капитального ремонта объектов капитального строительства;

- классификацией основных средств, включаемых в амортизационные группы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 01.01.2002 № 1;

- ОК 013-2014 (СНС 2008) «Общероссийский классификатор основных фондов» (принят и введен в действие Приказом Росстандарта от 12.12.2014 № 2018-ст).

Расходы государственных медицинских организаций в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, приобретения оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря стоимостью выше четырехсот тысяч рублей за единицу осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и не входят в средний подушевой норматив финансирования, установленный территориальной программой ОМС.

Финансовое обеспечение проведения гистологических и цитологических исследований пациентов патолого-анатомическими отделениями многопрофильных медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе ОМС, осуществляется за счет средств ОМС.

Финансовое обеспечение проведения 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 ОМС, в указанных медицинских организациях, осуществляется за счет средств ОМС.

В расчет тарифов включаются затраты медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи.

К затратам, необходимым для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемым непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), относятся затраты, которые невозможно отнести напрямую к затратам, непосредственно связанным с оказанием медицинской помощи.

Порядок отнесения затрат на содержание медицинской организации устанавливается локальным нормативным актом (учетной политикой). Решение о распределении (перераспределении) конкретного объема финансовых затрат между предметными статьями (подстатьями) принимается руководителем медицинской организации.

Расходы, включенные в тариф, осуществляются в пределах объема финансовых средств, утвержденных Планом финансово-хозяйственной деятельности медицинской организации в части средств ОМС, с учетом выполнения плановых объемов, определенных Программой ОМС.

Финансовое обеспечение проведения доабортного консультирование беременных женщин, включая консультацию психолога, в целях профилактики прерывания беременности, осуществляемое в соответствии с порядком от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», оплачивается за счет средств ОМС 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 ОМС, оплачивается за счет средств ОМС.

Финансовое обеспечение расходов на правовую, психологическую и медико-социальную помощь беременным женщинам осуществляется за счет средств родовых сертификатов.

2. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой

в амбулаторных условиях.

2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой ОМС, составляет 8 611,63 руб. по всем единицам объема.

2.2. Размер базового подушевого норматива финансирования медицинских организаций при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, составляет 171,48 руб. в месяц с учетом коэффициента дифференциации в значении 1,08, рассчитанного в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – коэффициент дифференциации) (без учета коэффициента дифференциации 158,78).

2.3. Коэффициенты, применяемые для расчета фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования амбулаторно-поликлинической помощи, установлены Приложением № 5 к Тарифному соглашению.

2.4. Тарифы на оплату единицы объема амбулаторной медицинской помощи в части базовой программы ОМС, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, установлены Приложениями №№ 6а, 6б, 6в, 6г, 6д, 6ж, 6з, 6и, 6к к Тарифному соглашению.

2.5. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, включая тарифы на исследования и иные медицинские вмешательства, проводимые в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, устанавливаются Приложениями № 8.1 - № 8.4, № 8б, № 8в, № 8г к Тарифному соглашению.

2.6. Стоимость УЕТ, применяемая в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, и классификатор медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, выраженной в УЕТ, устанавливаются Приложением № 7 к Тарифному соглашению.

2.7. Размер базового подушевого норматива финансирования медицинских организаций при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, условиях круглосуточного и дневного стационаров, составляет 1 129,93 руб. в месяц с учетом коэффициента дифференциации в значении 1,08 (без учета коэффициента дифференциации 1 046,23 руб.).

2.8. Коэффициенты применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, условиях круглосуточного и дневного стационаров, установлены Приложением № 5а к Тарифному соглашению.

3. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

3.1. Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) составляет 36 864,19 руб. с учетом коэффициента дифференциации в значении 1,08 (34 133,51 руб. без учета коэффициента дифференциации).

3.2. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях (за исключением медицинской реабилитации) в соответствии с Программой ОМС составляет 60 209,68 руб.

3.3. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в стационарных условиях, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, составляет 10 521,78.

3.4. Перечень КСГ и коэффициенты относительной затратоемкости, коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, применяемые к КСГ, а также доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню КСГ круглосуточного стационара установлены Приложением № 9а к Тарифному соглашению.

3.5. Коэффициенты сложности лечения пациентов, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в КСГ, установлены Приложением № 9б к Тарифному соглашению.

3.6. Коэффициенты уровня и подуровня медицинских организаций установлены Приложением № 2а к Тарифному соглашению.

3.7. Тарифы на оплату случаев лечения с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, установлены Приложением № 10 к Тарифному соглашению.

3.8. Тарифы на оплату услуг, связанных с проведением диализа, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов,

установлены Приложением № 12 к Тарифному соглашению.

4. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

4.1. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ/КПГ, (базовая ставка) составляет 20 029,02 руб. с учетом коэффициента дифференциации в значении 1,08 (18 545,39 руб. без учета коэффициента дифференциации).

4.2. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара (за исключением медицинской реабилитации) в соответствии с Программой ОМС составляет 35 230,57 руб.

4.3. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, составляет 2 405,78 руб.

4.4. Перечень КСГ/КПГ и коэффициенты относительной затратоемкости, коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, применяемые к КСГ, а также доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню КСГ дневного стационара установлены Приложением № 11а к Тарифному соглашению.

4.5. Тарифы на оплату услуг, связанных с проведением диализа, применяемые в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, установлены Приложением № 12 к Тарифному соглашению.

5. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации.

5.1. Тарифы и подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение выплат стимулирующего характера: врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации.

5.2. Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой ОМС, составляет 1 389,00 руб.

5.3. Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи составляет 115,75 руб. в месяц с учетом коэффициента

дифференциации в значении 1,08 (без учета коэффициента дифференциации 107,18 руб.).

5.4. Коэффициенты применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, устанавливаются Приложением № 13а к Тарифному соглашению.

5.5. Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, устанавливаются Приложением № 13б к 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

В целях реализации приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» настоящим Тарифным соглашением устанавливается Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Приложение №14).

Размеры подушевых нормативов в разрезе условий оказания медицинской помощи, применяемые для расчета штрафных санкций в рамках базовой программы ОМС:

9 491,67	Размер подушевого норматива финансирования медицинской организации при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в соответствии с территориальной программой ОМС
1 441,17	Размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС
11 438,46	Размер подушевого норматива финансирования при оказании медицинской помощи в условиях стационара, установленный в соответствии с территориальной программой ОМС
2 539,98	Размер подушевого норматива финансирования при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара, установленный в соответствии с территориальной программой ОМС

V. Заключительные положения

1. Настоящее Тарифное соглашение распространяется на всех участников обязательного медицинского страхования, реализующих Программу ОМС.

2. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 1 января 2026 года и действует по 31 декабря 2026 года.

3. Внесение изменений в Тарифное соглашение:

3.1. Все изменения в настоящее Тарифное соглашение рассматриваются на заседании Комиссии;

3.2. Внесение изменений в настоящее Тарифное соглашение производится путем заключения дополнительных соглашений к нему в том же порядке, в котором заключено настоящее Тарифное соглашение.

4. Корректировка (индексация) тарифов на оплату медицинской помощи производится в соответствии с изменением доходной части бюджета ТФОМС МО на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов, за исключением доходов, имеющих целевое назначение.

5. К настоящему Тарифному соглашению прилагаются и являются его неотъемлемой частью следующие приложения:

Приложение № 1а. Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности.

Приложение № 1а.1 «Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанными медицинскими организациями медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи).

Приложение № 1б. Перечень медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, оплата амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

Приложение № 1в. Перечень медицинских организаций, имеющих в составе консультативно-диагностический центр (КДЦ).

Приложение № 1д. Перечень фельдшерских здравпунктов, фельдшерских пунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, дифференцированных по численности обслуживаемого населения.

Приложение № 1е. Перечень медицинских организаций и их структурных подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тыс. человек.

Приложение № 2а. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, и коэффициенты уровней медицинских организаций.

Приложение № 2б. Перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь.

Приложение № 3. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, в том числе оказывающих процедуру ЭКО.

Приложение № 3а. Перечень медицинских организаций, оказывающих услуги диализа.

Приложение № 4. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Приложение № 5. Коэффициенты и размер дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц (амбулаторно-поликлиническая помощь).

Приложение № 5а. Коэффициенты и размер дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц (по всем видам и условиям).

Приложение № 6а. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказываемой в амбулаторных условиях при обращении по поводу заболевания, посещении с профилактической и иной целью, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 6б. Тарифы на проведение диагностических (лабораторных исследований), оказываемых в амбулаторных условиях, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 6в. Тарифы на комплексные медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 6г. Тарифы на неотложную медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторных условиях, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 6д. Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в Центрах здоровья в амбулаторных условиях, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 6ж. Тарифы на медицинские услуги, оказываемые центрами амбулаторной онкологической помощи, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 6з. Тарифы на медицинские услуги, оказываемые мобильным комплексом «Эндомобиль», в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 6и. Тарифы на медицинские услуги, оказываемые детским мобильным комплексом, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 6к. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказываемой в амбулаторных условиях, связанную с диспансерным наблюдением, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 6к.1. Перечень осмотров, консультаций, исследований, услуг, проводимых в рамках диспансерного наблюдения взрослого населения, врачом-терапевтом/врачом общей практики (семейным врачом)/фельдшером.

Приложение № 6к.2. Перечень осмотров, консультаций, исследований, услуг, проводимых в рамках диспансерного наблюдения взрослого населения врачом-кардиологом.

Приложение № 6к.3. Перечень осмотров, консультаций, исследований, услуг, проводимых в рамках диспансерного наблюдения взрослого населения врачами-специалистами.

Приложение № 7. Стоимость УЕТ и классификатор медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в УЕТ, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 8.1. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 8.2. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 8.3. Тарифы на оплату медицинской помощи при прохождении несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 8.4. Тарифы на оплату медицинской помощи при прохождении несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 8б. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по углубленной диспансеризации отдельных категорий граждан, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 8в. Тарифы на проведение диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 8г. Тарифы на проведение диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, проводимых мобильными медицинскими бригадами (мобильными комплексами).

Приложение № 9а. Перечень КСГ/КПГ и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ (круглосуточный стационар).

Приложение № 9б. Коэффициенты сложности лечения пациентов, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в КСГ (круглосуточный стационар).

Приложение № 9в. Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее (круглосуточный стационар).

Приложение № 9д. Перечень КСГ круглосуточно стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию.

Приложение № 9е. Проведение сочетанных хирургических вмешательств.

Приложение № 9ж. Проведение однотипных операций на парных органах.

Приложение № 10. Тарифы случаев лечения по видам высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 11а. Перечень КСГ/КПГ и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ/КПГ (дневной стационар).

Приложение № 11б. Коэффициенты сложности лечения пациентов, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в КСГ (дневной стационар).

Приложение № 11в. Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее (дневной стационар).

Приложение № 11г. Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение.

Приложение № 12. Тарифы на медицинские услуги при проведении услуг диализа, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 13а. Коэффициенты и размер дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи.

Приложение № 13б. Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 14. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией.

Приложение № 15. Показатели результативности деятельности медицинских организаций, а также критерии и методика оценки результативности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи).

Приложение № 16. Перечень лекарственных препаратов для проведения противоопухолевой лекарственной терапии, при назначении которых необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований и (или) иммуногистохимических исследований.

ПОДПИСИ СТОРОН

Заместитель Председателя Правительсвта Московской области - министр здравоохранения Московской области — М.В. Забелин

Первый заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области — Е.А. Боброва

Председатель Московской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации — Н.В. Суслонова

Председатель Правления Ассоциации «Врачебная Палата Московской области» — С.А. Лившиц

Заместитель директора по экономике ОМС Московской дирекции АО Страховая компания «СОГАЗ-МЕД» — Ю.А. Алексеева