

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
N 11-9/10/2-7938**

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
N 8089/21-и**

**ПИСЬМО
от 24 декабря 2015 года**

**О МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЯХ
ПО СПОСОБАМ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Список изменяющих документов
(в ред. [письма](#) Минздрава России N 11-9/10/2-2547,
ФФОМС N 3567/26-2/и от 25.04.2016)

Во исполнение [пункта 2](#) постановления Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 г. N 1382 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год" (далее - Программа) Министерство здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования направляет для использования в работе "Методические [рекомендации](#) по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования", разработанные рабочей группой Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (утверждена [приказом](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2015 года N 931) взамен "Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования", направленных в субъекты Российской Федерации [письмом](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 года N 11-9/10/2-9454.

Заместитель
Министра здравоохранения
Российской Федерации
Н.А.ХОРОВА

Председатель
Федерального фонда обязательного
медицинского страхования
Н.Н.СТАДЧЕНКО

Приложение

Одобрено решением рабочей группы
Министерства здравоохранения
Российской Федерации по подготовке
методических рекомендаций по реализации

способов оплаты медицинской помощи
в рамках программы государственных
гарантий бесплатного оказания
гражданам медицинской помощи
(протокол заседания
от 18 декабря 2015 года N 1)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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

Список изменяющих документов
(в ред. письма Минздрава России N 11-9/10/2-2547,
ФФОМС N 3567/26-2/и от 25.04.2016)

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

1. Основные понятия и термины

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Введение

Разработка российской модели клинко-статистических групп заболеваний начата в 2012 году, когда в трех субъектах Российской Федерации с привлечением специалистов Всемирного банка был проведен анализ затрат медицинских организаций на оказание стационарной медицинской помощи. Для разработки рекомендаций приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 октября 2012 года N 412 была создана рабочая группа, в состав которой включены представители Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, территориальных фондов обязательного медицинского страхования, федеральных и региональных учреждений здравоохранения, страховых медицинских организаций. Рабочей группой была предложена методика определения стоимости лечения в условиях стационара с использованием клинко-статистических (далее также - КСГ) и клинко-профильных групп (далее также - КПГ), дополнительных поправочных коэффициентов - уровня оказания медицинской помощи, сложности курации пациента и управленческого коэффициента.

Результатом проделанной работы стала первая российская классификация КСГ, разработанная с участием экспертного сообщества и направленная в субъекты Российской Федерации информационным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 года N 14-6/10/2-5305. Отнесение случая лечения к определенной КСГ в рамках модели осуществлялось на основе двух классификационных критериев: код диагноза в соответствии с международной классификацией болезней десятого пересмотра (далее - МКБ 10) и код хирургического вмешательства в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года N 1664н (далее - Номенклатура). Основными результатами внедрения данной модели КСГ в ряде субъектов Российской Федерации в 2013 году стали снижение средней длительности пребывания пациента на койке, а также совершенствование учета

статистической информации, в том числе кодирования хирургических операций в соответствии с [Номенклатурой](#).

Увеличение в 2013 году количества регионов, оплачивавших стационарную медицинскую помощь на основе КСГ, позволило централизованно агрегировать большой объем информации об оказанной медицинской помощи, ставшей основой для доработки и совершенствования первой российской модели КСГ. Обновленная версия КСГ была направлена в субъекты Российской Федерации информационным [письмом](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 ноября 2013 года N 66-0/10/2-8405 в составе Рекомендаций по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе КСГ и КПГ, за счет средств системы обязательного медицинского страхования и утверждена [приказом](#) Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 14 ноября 2013 года N 229. Обновленная модель КСГ включала в себя новые классификационные критерии отнесения случаев лечения к конкретным КСГ, такие как: возраст, пол, комбинация диагнозов и операций. Также были пересмотрены относительные коэффициенты затратоемкости и структура групп заболеваний.

Количество субъектов Российской Федерации, внедрявших способ оплаты стационарной помощи на основе КСГ в 2014 году, возросло до 43. При этом были выбраны 8 пилотных регионов (по одному в каждом федеральном округе), на базе которых проводилась работа по дальнейшему совершенствованию российской модели КСГ, в том числе путем проведения повторного анализа затрат медицинских организаций на оказание стационарной медицинской помощи. В пилотных регионах были апробированы механизмы формирования подгрупп в рамках стандартного перечня КСГ, выделения подгрупп стационаров в разрезе уровней оказания медицинской помощи и решения вопросов, возникающих в процессе перехода к системе оплаты медицинской помощи на основе КСГ от других способов финансирования.

Предварительные результаты применения второй модели КСГ для оплаты стационарной медицинской помощи свидетельствуют об ее эффективности, в первую очередь, в части повышения интенсивности работы стационара - снижения средней длительности пребывания пациента на койке и соответствующего ему увеличения показателя работы койки. Также, дифференцированная оплата медицинской помощи способствует повышению доли сложных случаев лечения в структуре оказания медицинской помощи, в том числе доли оперативных вмешательств. Наконец, статистическая информация, формируемая в рамках системы КСГ, может выступать основой для принятия управленческих решений при распределении объемов медицинской помощи, а также оценки деятельности как соответствующих подразделений медицинских организаций, так и организаций в целом.

Третья модель КСГ была направлена в регионы информационным [письмом](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 года N 11-9/10/2-9454 "О способах оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи".

Модель была разработана с применением классификационных критериев и экономических параметров, используемых в предыдущей модели, но содержала ряд методологических изменений. Так, были определены допустимые диапазоны и правила применения поправочных коэффициентов, введена регламентация выделения подгрупп в структуре стандартного перечня КСГ, определены критерии определения и правила финансирования случаев сверхкороткого и сверхдлинного пребывания. Также были определены комбинации кодов [МКБ-10](#) и [Номенклатуры](#), при которых отнесение случая к КСГ осуществлялось по коду диагноза, даже в случае более высокого коэффициента затратоемкости хирургической группы. Был расширен перечень диагностических исследований и методов лечения (тромболизис), влияющих на отнесение случая лечения к конкретной КСГ, осуществлено более широкое выделение детских групп заболеваний. Общее количество групп составило 258.

Третья модель КСГ, в том числе частично или в сочетании с оплатой по КПГ, была применена в 63 субъектах РФ, что позволяет сделать вывод о широкой распространенности системы КСГ в регионах и возможности ее внедрения как единой системы оплаты стационарной медицинской помощи во всех субъектах Российской Федерации.

В 2015 году в регионах, внедривших КСГ, продолжились позитивные изменения основных

показателей деятельности стационаров, достигнутые в предыдущие годы. Особо необходимо отметить существенное снижение дифференциации тарифов на оплату медицинской помощи при лечении одного и того же заболевания, выполнении одинаковых хирургических операций и (или) других применяемых специальных методов лечения и сложных медицинских технологий в пределах уровня оказания помощи, что является свидетельством повышения справедливости системы финансирования.

Настоящие рекомендации по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПГ), за счет средств системы обязательного медицинского страхования разработаны с учетом опыта использования субъектами Российской Федерации третьей модели КСГ в 2015 году.

Основными отличиями новой модели КСГ от предыдущей версии являются введение КСГ для оплаты медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация", значительное увеличение количества клинико-статистических групп для оплаты медицинской помощи, оказанной детскому населению, утверждение отдельного перечня КСГ для финансирования медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, оптимизация подходов к применению поправочных коэффициентов с учетом обеспечения дальнейшего снижения дифференциации тарифов на оплату медицинской помощи, совершенствования формирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи, развития стационарзамещающих технологий, повышения доступности стационарной медицинской помощи, предполагающей использование сложных медицинских технологий.

3. Основные подходы к оплате медицинской помощи по клинико-статистическим группам (КСГ) и клинико-профильным группам (КПГ) заболеваний

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, [постановлением](#) Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 года N 1382 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год" (далее - Программа) установлен способ оплаты за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

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

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

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

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

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

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

- предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов;

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

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

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

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

на основе КПГ, объединяющих заболевания;

на основе КСГ, объединяющих заболевания.

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

Формирование КПГ осуществляется на основе профилей медицинской деятельности в соответствии с [приказом](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 года N 555н "Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи".

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

1. Основные классификационные критерии:

а. Диагноз (код по [МКБ 10](#));

б. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с [Номенклатурой](#)), при наличии;

2. Дополнительные классификационные критерии:

а. Возрастная категория пациента;

б. Сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по [МКБ 10](#));

с. Пол;

д. Длительность лечения.

Расшифровка групп в соответствии с [МКБ 10](#) и [Номенклатурой](#), а также [инструкция](#) по группировке случаев, включающая в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев (далее - Инструкция), представляется Федеральным фондом обязательного медицинского страхования территориальным фондам обязательного медицинского страхования в электронном виде.

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

При наличии нескольких хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет наиболее высокий коэффициент относительной затроемкости. В ряде случаев, предусмотренных [Инструкцией](#), отнесение случая к той или иной КСГ может осуществляться с учетом кода диагноза по [МКБ 10](#).

При отсутствии хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ

осуществляется в соответствии с кодом диагноза по [МКБ 10](#). Если пациенту оказывалось оперативное лечение, то выбор между применением КСГ, определенной в соответствии с кодом диагноза по [МКБ 10](#), и КСГ, определенной на основании кода [Номенклатуры](#), осуществляется в соответствии с правилами, приведенными в [Инструкции](#).

При оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, по КСГ в составе стандартных КСГ в тарифном соглашении могут быть выделены подгруппы, в том числе с учетом дополнительных критериев, устанавливаемых в субъекте Российской Федерации. При этом дополнительный классификационный критерий должен быть в обязательном порядке включен в реестр счетов, формируемый медицинскими организациями и передаваемый в ТФОМС. В качестве дополнительных классификационных критериев могут быть определены: длительное пребывание в реанимации или использование дорогостоящих реанимационных технологий, дорогостоящих медикаментов (расходных материалов), уровень оказания медицинской помощи в случае сложившейся однообразной этапности ее оказания для конкретной КСГ. Выделение дорогостоящих медикаментов (расходных материалов) в качестве дополнительных классификационных критериев возможно при наличии конкретных показаний, определенных клиническими рекомендациями (протоколами лечения) в ограниченном количестве случаев, входящих в базовую КСГ, только для лекарственных препаратов, входящих в [Перечень](#) жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, и расходных материалов, включенных в [перечень](#) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Дифференцирующими признаками в таких подгруппах могут быть услуги по применению конкретных лекарственных препаратов. Уровень затрат определяется исходя из сложившегося среднего уровня закупочных цен на данные препараты в субъекте Российской Федерации либо в соответствии с зарегистрированными предельными отпускными ценами.

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

СКЗ рассчитывается по формуле:

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

$КЗ_i$ - весовой коэффициент затратоемкости подгруппы i ;

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

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

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

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

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

$ФО_{МО}$ - размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;

$СС_{КСГ/КПГ}$ - стоимость законченного случая госпитализации в стационарных условиях, рублей.

Применение способа оплаты стационарной медицинской помощи по КСГ или КПГ возможно только после осуществления в субъекте Российской Федерации расчетов по прогнозированию размеров финансового обеспечения медицинских организаций при переходе на оплату медицинской помощи по данным группам заболеваний. В случае если уровень финансового обеспечения отдельных медицинских организаций отличается от размера их финансового

обеспечения при применении ранее действующего метода финансирования более чем на 10%, необходимо проведение анализа структуры госпитализаций и принятие управленческих решений по оптимизации уровня и структуры госпитализаций, в том числе утверждение на территории субъекта Российской Федерации управленческого коэффициента, коэффициента уровня оказания стационарной медицинской помощи и выделение подгрупп в структуре КСГ.

Анализ структуры госпитализаций в разрезе медицинских организаций осуществляется с использованием среднего коэффициента затратноности стационара (СКЗ_{ст}), который рассчитывается по формуле:

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

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

$\text{КЗ}_{\text{КСГ/КПГ}}$ - коэффициент относительной затратноности по определенной КСГ или КПГ;

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

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

Для определения эффективности деятельности стационаров медицинских организаций субъектом Российской Федерации осуществляется оценка показателей рационального и целевого использования коечного фонда по методике, рекомендованной Министерством здравоохранения Российской Федерации.

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

(абзац введен [письмом](#) Минздрава России N 11-9/10/2-2547, ФФОМС N 3567/26-2/и от 25.04.2016)

- среднюю длительность пребывания в стационаре;

(абзац введен [письмом](#) Минздрава России N 11-9/10/2-2547, ФФОМС N 3567/26-2/и от 25.04.2016)

- уровень и структуру заболеваемости в круглосуточном стационаре;

(абзац введен [письмом](#) Минздрава России N 11-9/10/2-2547, ФФОМС N 3567/26-2/и от 25.04.2016)

- долю отдельных групп КСГ в стационарных условиях в общем количестве законченных случаев: N 11, N 73, N 138, N 139, N 140, N 148, N 154, N 218, N 226, N 237, N 281;

(абзац введен [письмом](#) Минздрава России N 11-9/10/2-2547, ФФОМС N 3567/26-2/и от 25.04.2016)

- уровень и структуру заболеваемости в условиях дневного стационара;

(абзац введен [письмом](#) Минздрава России N 11-9/10/2-2547, ФФОМС N 3567/26-2/и от 25.04.2016)

- долю отдельных групп КСГ в условиях дневного стационара в общем количестве случаев лечения: N 3, N 32, N 44, N 45, N 46, N 52, N 53, N 54, N 56, N 62, N 77, N 82, N 88, N 101;

(абзац введен [письмом](#) Минздрава России N 11-9/10/2-2547, ФФОМС N 3567/26-2/и от 25.04.2016)

- структуру исходов лечения, в том числе уровень больничной летальности;

(абзац введен [письмом](#) Минздрава России N 11-9/10/2-2547, ФФОМС N 3567/26-2/и от 25.04.2016)

- оперативную активность;

(абзац введен [письмом](#) Минздрава России N 11-9/10/2-2547, ФФОМС N 3567/26-2/и от 25.04.2016)

- долю повторных госпитализаций по поводу одного и того же заболевания в течение 90 дней (за исключением заболеваний с курсовым лечением).

(абзац введен [письмом](#) Минздрава России N 11-9/10/2-2547, ФФОМС N 3567/26-2/и от 25.04.2016)

Данные по указанным показателям представляются субъектами Российской Федерации в Министерство здравоохранения Российской Федерации и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в рамках [формы](#) федерального статистического наблюдения N 62 "Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению", утвержденной приказом Федеральной службы государственной статистики от 30.12.2015 N 672, начиная с отчета

за 2016 год.

(абзац введен [письмом](#) Минздрава России N 11-9/10/2-2547, ФФОМС N 3567/26-2/и от 25.04.2016)

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

Расчет стоимости законченного случая лечения по КСГ или КПГ осуществляется на основе следующих экономических параметров ([Рис. 1](#)):

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

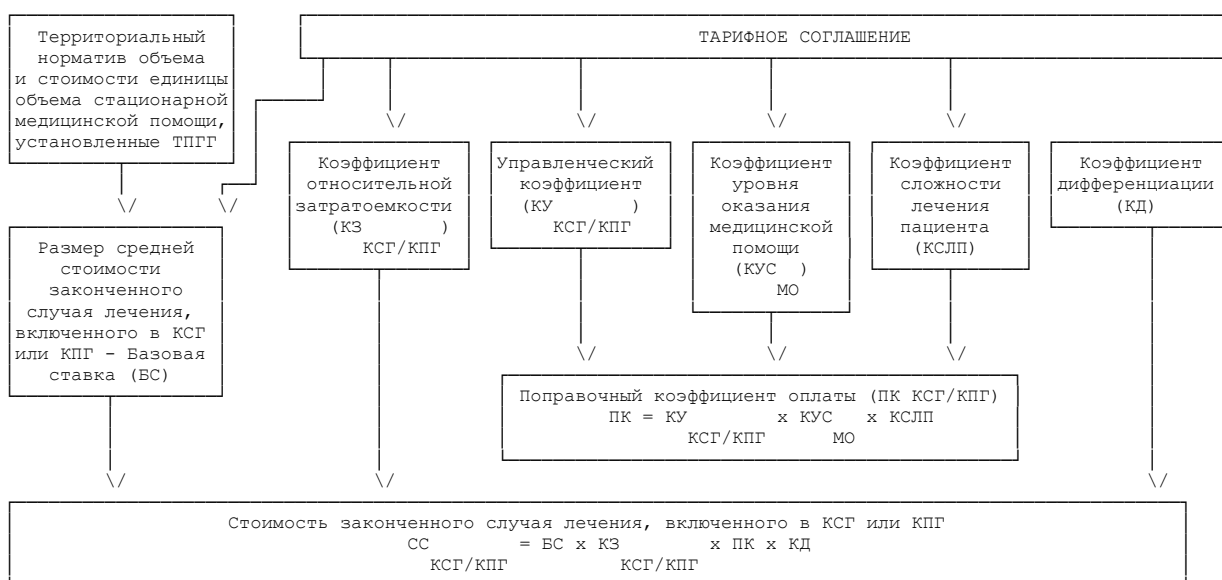


Рис. 1 Расчет стоимости законченного случая лечения в стационарных условиях по системе КСГ (КПГ) заболеваний

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре ($CC_{КСГ/КПГ}$) по КСГ или КПГ определяется по следующей формуле:

$$CC_{КСГ/КПГ} = BC \times KZ_{КСГ/КПГ} \times PK \times KD, \text{ где:}$$

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

$KZ_{КСГ/КПГ}$ - коэффициент относительной затратноности по КСГ или КПГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне);

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

KD - коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с [постановлением](#) Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года N 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 в области обязательного медицинского страхования".

Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования". Данный коэффициент используется в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации. В случае, если коэффициент дифференциации является единым для всей территории субъекта Российской Федерации, то данный коэффициент учитывается в базовой ставке.

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

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

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

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

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

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

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

СПК рассчитывается по формуле:

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

Размер базовой ставки устанавливается на год. Корректировка базовой ставки возможна в случае значительных отклонений фактических значений от расчетных не чаще одного раза в квартал. Расчет базовой ставки осуществляется отдельно для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара. При этом, учитывая особенности оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара в различных регионах, недопустимо отклонение базовой ставки для дневного стационара более чем на 30% процентов от нормативов, установленных Программой. В случае отсутствия возможности расчета среднего поправочного коэффициента из-за недостаточного количества статистической информации СПК рекомендуется установить на уровне 1,1 - 1,2 с целью учета прогнозируемого роста средней сложности пролеченных пациентов как признака улучшения обоснованности госпитализаций (данная рекомендация сформирована по итогам пилотной апробации модели КСГ).

Плановое количество случаев лечения по каждой медицинской организации (каждой КСГ или КПГ) определяется согласно статистическим данным в рамках персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, осуществляемого в соответствии с [главой 10](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" с учетом запланированных изменений структуры госпитализаций.

4.2. Коэффициент относительной затратоемкости КСГ или КПГ

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

4.3. Поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ

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

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

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

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

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

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

4.3.1. Управленческий коэффициент

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

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

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

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

Условие применения управленческого коэффициента:

$$\frac{\sum (КУ_j \times КЗ_j \times Чсл_j)}{Чсл} = 1, \text{ где:}$$

$Чсл_j$ - число пролеченных случаев по клинко-статистической группе j ;

$Чсл$ - число пролеченных случаев;

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

$КЗ_j$ - коэффициент относительной затратоемкости по клинко-статистической группе j .

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

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

Значение управленческого коэффициента не может превышать 1,4.

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

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

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

4.3.2. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи

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

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

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

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

1) для медицинских организаций 1-го уровня - до 1,0;

2) для медицинских организаций 2-го уровня - от 0,9 до 1,2;

3) для медицинских организаций 3-го уровня (кроме федеральных медицинских организаций) - от 1,1 до 1,5;

4) для федеральных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в пределах нескольких субъектов Российской Федерации - от 1,4 до 1,7.

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

С учетом объективных критериев (разница в используемых энергоносителях, плотность населения обслуживаемой территории и т.д.), основанных на экономическом обосновании и расчетах, выполненных в соответствии с [Методикой](#) расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года N 158н в составе [Правил](#) обязательного медицинского страхования (далее - Методика), в каждом уровне оказания медицинской помощи могут быть выделены подуровни с установлением в тарифном соглашении для каждого подуровня отдельного коэффициента. Методика расчета коэффициента подуровня представлена в [Инструкции](#). При этом для определенных подуровней на основании

выполненных расчетов в соответствии с Методикой могут быть установлены коэффициенты, превышающие значение рекомендованное для определенного уровня. Однако средневзвешенный коэффициент уровня (СКУС_i) оказания медицинской помощи каждого уровня не может превышать рекомендованные значения. СКУС_i рассчитывается по формуле:

$$\text{СКУС}_i = \frac{\sum (\text{КУС}_{\text{мо}_j} \times \text{Чсл}_j)}{\text{Чсл}_i}, \text{ где:}$$

СКУС_i - средневзвешенный коэффициент уровня *i*;

КУС_{мо_j} - коэффициент подуровня *j*;

Чсл_{*j*} - число случаев, пролеченных в стационарах с подуровнем *j*;

Чсл_{*i*} - число случаев в целом по уровню.

Выделение подуровней возможно строго после выполнения расчетов в соответствии с вышеуказанной методикой.

В случае выделения подуровней оказания медицинской помощи соответствующие коэффициенты используются в расчетах вместо коэффициентов уровня оказания медицинской помощи (КУС_{мо}).

Учитывая, что различия в затратах на оказание медицинской помощи учтены при расчете коэффициентов затратоемкости, применение коэффициента уровня оказания медицинской помощи при оплате медицинской помощи по ряду КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне оказания медицинской помощи, считается нецелесообразным. Перечень КСГ, для которых не рекомендуется применять коэффициент уровня оказания медицинской помощи, приведен в [Инструкции](#).

4.3.3. Коэффициент сложности лечения пациента

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

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

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

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

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

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

5. Подходы к оплате отдельных случаев оказания медицинской помощи по КСГ или КПП

5.1. Оплата прерванных, в том числе сверхкоротких случаев лечения

Тарифным соглашением должен быть определен порядок оплаты прерванных случаев

лечения, в том числе сверхкоротких случаев лечения, а также случаев с переводом пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями.

К сверхкоротким относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно. Перечень групп, которые являются исключениями, представлен в [Инструкции](#). При этом если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80 - 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Конкретная доля оплаты данных случаев устанавливается в тарифном соглашении. Если хирургическое лечение либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере не более 50% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз [МКБ 10](#)). При этом в регионе может устанавливаться дифференцированный подход к оплате указанных случаев в зависимости от фактического количества дней лечения.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара (в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар - на усмотрение субъекта Российской Федерации), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс [МКБ 10](#) и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением сверхкоротких случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами. При этом если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу [МКБ 10](#), оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

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

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

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

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

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

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов [МКБ-10](#), модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в [Программе](#) в рамках перечня видов

высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее - Перечень). Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой. В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий. При этом размер тарифа на оплату медицинской помощи, рассчитанный по КСГ с учетом применения поправочных коэффициентов (за исключением коэффициента сложности лечения пациента), не должен превышать норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи медицинской помощи по соответствующему методу.

5.3. Оплата случаев лечения по профилю "Медицинская реабилитация"

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

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

5.4. Оплата случаев лечения при проведении диализа

Учитывая особенности оказания, а также пожизненный характер проводимого лечения и, соответственно, оплаты медицинской помощи при проведении процедур диализа, включающего различные методы, для оплаты указанных процедур, оказываемых в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу. При этом стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения. Перечень рекомендованных тарифов (без учета коэффициента дифференциации) на оплату процедур диализа с учетом применения различных методов представлен в Приложении 4. Применение коэффициента дифференциации (при наличии) к стоимости услуги осуществляется с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи. Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг недопустимо. Учитывая единственный, законодательно установленный, способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара - законченный случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество процедур в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения. В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре. При этом в период лечения как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. В случае, если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, В ТОМ ЧИСЛЕ НА ОСНОВЕ

ПОДУШЕВОГО НОРМАТИВА ФИНАНСИРОВАНИЯ НА ПРИКРЕПИВШИХСЯ ЛИЦ

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

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

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

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

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

2. Основные параметры оплаты первичной медико-санитарной помощи

В соответствии с [подпунктом 1 пункта 12.3](#) Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленных приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18 ноября 2014 года N 200 (далее - Требования), на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, определяется средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$\text{ФО}_{\text{СР}}^{\text{АМБ}} = \frac{(\text{Но}_{\text{ПРОФ}} \times \text{Нфз}_{\text{ПРОФ}} + \text{Но}_{\text{ОЗ}} \times \text{Нфз}_{\text{ОЗ}} + \text{Но}_{\text{НЕОТЛ}} \times \text{Нфз}_{\text{НЕОТЛ}}) \times \text{Чз} - \text{ОС}_{\text{МТР}}}{\text{Чз}},$$

где:

$\text{ФО}_{\text{СР}}^{\text{АМБ}}$ - средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

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

$\text{Но}_{\text{ОЗ}}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, обращений;

$\text{Но}_{\text{НЕОТЛ}}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных

гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;

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

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

Нфз_{НЕОТЛ} - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

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

Чз - численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек.

2.1. Определение среднего подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц

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

$$Пн_{БАЗ} = \frac{(ФО_{СР}^{АМБ} \times Чз - ОС_{ЕО})}{Чз}, \text{ где:}$$

Пн_{БАЗ} - базовый (средний) подушевой норматив финансирования, рублей;

ОС_{ЕО} - размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам, рублей.

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

- расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядок проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;

- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме.

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

При этом в субъекте Российской Федерации в подушевой норматив могут не включаться отдельные виды расходов (на стоматологическую медицинскую помощь, медицинскую помощь по

профилю "акушерство и гинекология" и т.п.).

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

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

2.2. Определение дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи, установленных [пунктом 4](#) Требований, в субъекте Российской Федерации рассчитывается дифференцированный подушевой норматив для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций по следующей формуле:

$$ДПН^i = ПН_{БАЗ} \times СКД_{ИНТ}^i, \text{ где:}$$

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Таким образом, $КД_{СУБ}$ используется в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации. В случае если коэффициент дифференциации является единым для всей территории субъекта Российской Федерации, то данный коэффициент учитывается в базовом (среднем) подушевом нормативе финансирования.

В случае применения $КД_{СУБ}$ следует исключить применение коэффициентов дифференциации, учитывающих аналогичные особенности.

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

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

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

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

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

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

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

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

$$ФДПН^i = \frac{ДПН^i}{ПК}, \text{ где:}$$

ФДПНⁱ - фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, не может превышать предельный размер финансового обеспечения. В случае обоснованного превышения распределенных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объемов медицинской помощи по решению Комиссии допускается оплата медицинской помощи в пределах 10% сверх предельного размера финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц. Финансовое обеспечение соответствующих расходов осуществляется в случае невыполнения распределенных объемов медицинской помощи за счет экономии имеющихся средств либо в случае выполнения распределенных объемов - за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации. При этом выполнение объемов учитывается нарастающим итогом с начала года.

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

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

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

$T_{\text{БАЗ}}$ - базовый тариф за единицу объема медицинской первичной медико-санитарной

помощи, оказанной в амбулаторных условиях, рублей.

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

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

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

$$ОС_{ПН} = ДПн \times Чз^{ПР} + ОС_{РД}, \text{ где:}$$

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

$Чз^{ПР}$ - численность застрахованных лиц, прикрепленных к данной медицинской организации, человек;

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

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

В рамках применения данного способа оплаты помимо расходов на финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях соответствующей медицинской организацией, в состав подушевого норматива могут включаться расходы на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной в иных условиях (медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, скорой медицинской помощи), а также иными медицинскими организациями.

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

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

$$ФО_{ФАКТ} = \sum (О_{МП} \times Т), \text{ где:}$$

Ф_{ФАКТ} - фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;
О_{МП} - фактические объемы первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, посещений (обращений);

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(в ред. [письма](#) Минздрава России N 11-9/10/2-2547, ФФОМС N 3567/26-2/и от 25.04.2016)

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

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

1. Основные подходы к оплате скорой медицинской помощи

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

2. Основные параметры оплаты скорой медицинской помощи

В соответствии с [подпунктом 1 пункта 12.6](#) Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленных приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18 ноября 2014 года N 200 (далее - Требования), на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, определяется средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$\text{ФО}_{\text{СР}}^{\text{СМП}} = \frac{(\text{Н}_{\text{о}}^{\text{СМП}} \times \text{Н}_{\text{фз}}^{\text{СМП}}) \times \text{Чз} - \text{ОС}_{\text{МТР}}}{\text{Чз}}, \text{ где:}$$

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

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

$\text{Н}_{\text{фз}}^{\text{СМП}}$ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$\text{ОС}_{\text{МТР}}$ - размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне

медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования за вызов, рублей;

Чз - численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек.

2.1. Определение среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2. Определение дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи

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

$$ДПН^i = ПН_{БАЗ} \times СКД_{ИНТ}^i, \text{ где:}$$

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

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

При этом объединение медицинских организаций в однородные группы (подгруппы) осуществляется исходя из значений коэффициента дифференциации подушевого норматива.

Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи определяется по каждой медицинской организации по следующей формуле:

$$K_{\text{инт}} = K_{\text{пвс}} \times K_{\text{ср}} \times K_{\text{пн}} \times K_{\text{си}} \times K_{\text{зп}} \times K_{\text{суб}}, \text{ где:}$$

$K_{\text{инт}}$ - интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации;

$K_{\text{пвс}}$ - половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;

$K_{\text{ср}}$ - коэффициент дифференциации средний радиус территории обслуживания (при наличии);

$K_{\text{пн}}$ - коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность населения субъекта Российской Федерации (при наличии);

$K_{\text{си}}$ - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества медицинских организаций (при наличии);

$K_{\text{зп}}$ - коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации (при наличии);

$K_{\text{суб}}$ - районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации или г. Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР или расчетный уровень индекса бюджетных расходов, установленные для территории, на которой расположена медицинская организация (в соответствии с [пунктом 6](#) Требований).

$K_{\text{суб}}$ используется в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации. В случае, если коэффициент дифференциации является единым для всей территории субъекта Российской Федерации, то данный коэффициент учитывается в базовом подушевом (среднем) подушевом нормативе финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации.

В случае применения $K_{\text{суб}}$ следует исключить применение коэффициентов дифференциации, учитывающих аналогичные особенности.

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

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

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

Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи ранжируются от максимального до минимального значения и в случае существенных различий объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой группы ($СКД_{\text{инт}}^i$).

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской

организации, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

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

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

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

$$ФДПН^i = \frac{ДПН^i}{ПК}, \text{ где:}$$

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

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

$$ФО_{СМП} = ФДПН^i \times ЧЗ^{ПР} + ОС_в, \text{ где:}$$

$ФО_{СМП}$ - размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей;

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

В случае значительного отклонения фактически выполненных объемов скорой медицинской помощи от распределенных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объемов размер финансового обеспечения медицинской организации может быть скорректирован в соответствии с механизмом, определенным тарифным соглашением субъекта Российской Федерации.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ
КСГ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ПРОФИЛЯМ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (КПГ)
И РЕКОМЕНДУЕМЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ЗАТРАТОЕМКОСТИ
КСГ/КПГ (ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ
В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ)
 Список изменяющих документов
 (в ред. [письма](#) Минздрава России N 11-9/10/2-2547,
 ФФОМС N 3567/26-2/и от 25.04.2016)

N	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
1	Акушерское дело	0,50
1	Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода	0,50
2	Акушерство и гинекология	0,80
2	Осложнения, связанные с беременностью	0,93
3	Беременность, закончившаяся абортным исходом	0,28
4	Родоразрешение	0,98
5	Кесарево сечение	1,01

6	Осложнения послеродового периода	0,74
7	Послеродовой сепсис	3,21
8	Воспалительные болезни женских половых органов	0,71
9	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
10	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов	0,46
11	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39
12	Операции на женских половых органах (уровень 2)	0,58
13	Операции на женских половых органах (уровень 3)	1,17
14	Операции на женских половых органах (уровень 4)	2,20
3	Аллергология и иммунология	0,34
15	Нарушения с вовлечением иммунного механизма	1,15
16	Ангионевротический отек, анафилактический шок	0,27
4	Гастроэнтерология	1,04
17	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	0,89
18	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
19	Болезни печени, невирусные (уровень 1)	0,86
20	Болезни печени, невирусные (уровень 2)	1,21
21	Болезни поджелудочной железы	0,93

5	Гематология	1,37
22	Анемии (уровень 1)	1,12
23	Анемии (уровень 2)	1,49
24	Анемии (уровень 3)	5,32
25	Нарушения свертываемости крови	1,04
26	Другие болезни крови и кроветворных органов	1,09
6	Дерматология	0,80
27	Редкие и тяжелые дерматозы	1,72
28	Среднетяжелые дерматозы	0,74
29	Легкие дерматозы	0,36
7	Детская кардиология	1,84
30	Врожденные аномалии сердечно-сосудистой системы, дети	1,84
8	Детская онкология	4,59
31	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети	7,82
32	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети	5,68
33	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети	4,37
9	Детская урология-андрология	1,15
34	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)	0,97

35	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 2)	1,11
36	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)	1,97
37	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)	2,78
38	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 1)	1,15
39	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 2)	1,22
40	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 3)	1,78
41	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)	2,23
42	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)	2,36
43	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)	4,28
10	Детская хирургия	1,10
44	Детская хирургия (уровень 1)	2,95
45	Детская хирургия (уровень 2)	5,33
46	Аппендэктомия, дети (уровень 1)	0,77
47	Аппендэктомия, дети (уровень 2)	0,97
48	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)	0,88
49	Операции по поводу грыж, дети (уровень 2)	1,05
50	Операции по поводу грыж, дети (уровень 3)	1,25
11	Детская эндокринология	1,48
51	Сахарный диабет, дети	1,51

52	Заболевания гипофиза, дети	2,26
53	Другие болезни эндокринной системы, дети (уровень 1)	1,38
54	Другие болезни эндокринной системы, дети (уровень 2)	2,82
12	Инфекционные болезни	0,65
55	Кишечные инфекции, взрослые	0,58
56	Кишечные инфекции, дети	0,62
57	Вирусный гепатит острый	1,40
58	Вирусный гепатит хронический	1,27
59	Сепсис, взрослые	3,12
60	Сепсис, дети	4,51
61	Другие инфекционные и паразитарные болезни, взрослые	1,18
62	Другие инфекционные и паразитарные болезни, дети	0,98
63	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые	0,35
64	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети	0,50
65	Клещевой энцефалит	2,30
13	Кардиология	1,49
66	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 1)	1,42
67	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)	2,81

	2)	
68	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 3)	3,48
69	Нарушения ритма и проводимости (уровень 1)	1,12
70	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)	2,01
71	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 1)	1,42
72	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)	2,38
14	Колопроктология	1,36
73	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	0,84
74	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	1,74
75	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 3)	2,49
15	Неврология	1,12
76	Воспалительные заболевания ЦНС, взрослые	0,98
77	Воспалительные заболевания ЦНС, дети	1,55
78	Дегенеративные болезни нервной системы	0,84
79	Демиелинизирующие болезни нервной системы	1,33
80	Эпилепсия, судороги (уровень 1)	0,96
81	Эпилепсия, судороги (уровень 2)	2,01
82	Расстройства периферической нервной системы	1,02

83	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина	1,95
84	Комплексное лечение заболеваний нервной системы с применением препаратов иммуноглобулина	4,32
85	Другие нарушения нервной системы (уровень 1)	0,74
86	Другие нарушения нервной системы (уровень 2)	0,99
87	Транзиторные ишемические приступы, сосудистые мозговые синдромы	1,15
88	Кровоизлияние в мозг	2,82
89	Инфаркт мозга (уровень 1)	2,52
90	Инфаркт мозга (уровень 2)	3,12
91	Инфаркт мозга (уровень 3)	4,51
92	Другие цереброваскулярные болезни	0,82
16	Нейрохирургия	1,20
93	Паралитические синдромы, травма спинного мозга (уровень 1)	0,98
94	Паралитические синдромы, травма спинного мозга (уровень 2)	1,49
95	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии	0,68
96	Травмы позвоночника	1,01
97	Сотрясение головного мозга	0,40
98	Переломы черепа, внутричерепная травма	1,54
99	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 1)	4,13

100	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 2)	5,82
101	Операции на периферической нервной системе (уровень 1)	1,41
102	Операции на периферической нервной системе (уровень 2)	2,19
103	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)	2,42
104	Доброкачественные новообразования нервной системы	1,02
17	Неонатология	2,96
105	Малая масса тела при рождении, недоношенность	4,21
106	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость	14,49
107	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций	7,4
108	Геморрагические и гемолитические нарушения у новорожденных	1,92
109	Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 1)	1,39
110	Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 2)	1,89
111	Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде (уровень 3)	2,56
18	Нефрология (без диализа)	1,69
112	Почечная недостаточность	1,66
113	Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа	1,82
114	Гломерулярные болезни	1,71
19	Онкология	2,24

115	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1)	2,06
116	Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2)	3,66
117	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1)	1,73
118	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2)	2,45
119	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 3)	3,82
120	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1)	1,80
121	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)	2,46
122	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)	1,29
123	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)	1,36
124	Тиреоидэктомия при злокачественном новообразовании щитовидной железы	1,90
125	Мастэктомия (уровень 1); другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы	2,29
126	Мастэктомия (уровень 2)	3,12
127	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков	2,03

128	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка	2,57
129	Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости	2,48
130	Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения	0,50
131	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях	1,91
132	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1)	2,88
133	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)	4,25
134	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1)	2,56
135	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2)	3,60
136	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые	4,27
137	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые	3,46
138	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) (уровень 1)	2,05
139	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) (уровень 2)	2,80
140	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы	7,92

141	Лучевая терапия (уровень 1)	2,00
142	Лучевая терапия (уровень 2)	2,21
143	Лучевая терапия (уровень 3)	3,53
20	Оториноларингология	0,87
144	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ уха, горла, носа, полости рта	0,66
145	Средний отит, мастоидит, нарушения вестибулярной функции	0,47
146	Другие болезни уха	0,61
147	Другие болезни и врожденные аномалии верхних дыхательных путей, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания, нарушения речи	0,71
148	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)	0,84
149	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)	0,91
150	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)	1,10
151	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)	1,35
152	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)	1,96
153	Замена речевого процессора	25,00
(в ред. письма Минздрава России N 11-9/10/2-2547, ФФОМС N 3567/26-2/и от 25.04.2016)		

21	Офтальмология	0,92
154	Операции на органе зрения (уровень 1)	0,49
155	Операции на органе зрения (уровень 2)	0,79
156	Операции на органе зрения (уровень 3)	1,07
157	Операции на органе зрения (уровень 4)	1,19
158	Операции на органе зрения (уровень 5)	2,11
159	Операции на органе зрения (уровень 6)	2,33
160	Болезни глаза	0,51
161	Травмы глаза	0,66
22	Педиатрия	0,80
162	Нарушения всасывания, дети	1,11
163	Другие болезни органов пищеварения, дети	0,39
164	Воспалительные артропатии, спондилопатии, дети	1,85
165	Врожденные аномалии головного и спинного мозга, дети	2,12
23	Пульмонология	1,31
166	Другие болезни органов дыхания	0,85
167	Интерстициальные болезни легких, врожденные аномалии развития легких, бронхо-легочная дисплазия, дети	2,48
168	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ органов дыхания, других и неуточненных органов грудной клетки	0,91

169	Пневмония, плеврит, другие болезни плевры	1,29
170	Астма, взрослые	1,11
171	Астма, дети	1,25
24	Ревматология	1,44
172	Системные поражения соединительной ткани	1,78
173	Артропатии и спондилопатии	1,67
174	Ревматические болезни сердца (уровень 1)	0,87
175	Ревматические болезни сердца (уровень 2)	1,57
25	Сердечно-сосудистая хирургия	1,18
176	Флебит и тромбофлебит, варикозное расширение вен нижних конечностей	0,85
177	Другие болезни, врожденные аномалии вен	1,32
178	Болезни артерий, артериол и капилляров	1,05
179	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы	1,01
180	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 1)	2,11
181	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 2)	3,97
182	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 3)	4,31
183	Операции на сосудах (уровень 1)	1,20
184	Операции на сосудах (уровень 2)	2,37
185	Операции на сосудах (уровень 3)	4,13

186	Операции на сосудах (уровень 4)	6,08
187	Операции на сосудах (уровень 5)	7,12
26	Стоматология детская	0,79
188	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	0,79
27	Терапия	0,77
189	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	0,74
190	Новообразования доброкачественные, in situ, неопределенного и неуточненного характера органов пищеварения	0,69
191	Болезни желчного пузыря	0,72
192	Другие болезни органов пищеварения, взрослые	0,59
193	Гипертоническая болезнь в стадии обострения	0,70
194	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1)	0,78
195	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2)	2,38
196	Другие болезни сердца (уровень 1)	0,78
197	Другие болезни сердца (уровень 2)	1,54
198	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания	0,75
199	ХОБЛ, эмфизема, бронхоэктатическая болезнь	0,89

200	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)	0,27
201	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 2)	0,63
202	Тубулоинтерстициальные болезни почек, другие болезни мочевой системы	0,86
203	Камни мочевой системы; симптомы, относящиеся к мочевой системе	0,49
204	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования	1,00
28	Торакальная хирургия	2,09
205	Гнойные состояния нижних дыхательных путей	2,05
206	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 1)	1,54
207	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 2)	1,92
208	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3)	2,56
209	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)	4,12
29	Травматология и ортопедия	1,37
210	Приобретенные и врожденные костно-мышечные деформации	0,99
211	Переломы шейки бедра и костей таза	1,52
212	Переломы бедренной кости, другие травмы области бедра и тазобедренного сустава	0,69

213	Переломы, вывихи, растяжения области грудной клетки, верхней конечности и стопы	0,56
214	Переломы, вывихи, растяжения области колена и голени	0,74
215	Множественные переломы, травматические ампутации, размозжения и последствия травм	1,44
216	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)	5,54
217	Эндопротезирование суставов	4,46
218	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)	0,79
219	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)	0,93
220	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)	1,37
221	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)	2,42
222	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)	3,15
30	Урология	1,20
223	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов	0,64
224	Болезни предстательной железы	0,73
225	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов	0,67
226	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)	1,20
227	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)	1,42

228	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)	2,31
229	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)	3,12
230	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)	1,08
231	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)	1,12
232	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)	1,62
233	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 4)	1,95
234	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)	2,14
235	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)	4,13
31	Хирургия	0,90
236	Болезни лимфатических сосудов и лимфатических узлов	0,61
237	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,55
238	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)	0,71
239	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)	1,38
240	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 4)	2,41
241	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 1)	1,43
242	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 2)	1,83
243	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 3)	2,16
244	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)	1,81
245	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)	2,67

246	Болезни молочной железы, новообразования молочной железы доброкачественные, in situ, неопределенного и неизвестного характера	0,73
247	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей	0,76
248	Остеомиелит (уровень 1)	2,42
249	Остеомиелит (уровень 2)	3,51
250	Остеомиелит (уровень 3)	4,02
251	Доброкачественные новообразования костно-мышечной системы и соединительной ткани	0,84
252	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани	0,66
253	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы	0,37
254	Операции на молочной железе (кроме злокачественных новообразований)	1,19
32	Хирургия (абдоминальная)	1,20
255	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 1)	1,15
256	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)	1,43
257	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 3)	3,00
258	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)	4,30
259	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 1)	2,42
260	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)	2,69
261	Панкреатит, хирургическое лечение	4,12

262	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)	1,16
263	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)	1,95
264	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3)	2,46
265	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)	0,73
266	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)	0,91
267	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)	0,86
268	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)	1,24
269	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)	1,78
270	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)	1,13
271	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)	1,19
272	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 3)	2,13
33	Хирургия (комбустиология)	1,95
273	Отморожения (уровень 1)	1,17
274	Отморожения (уровень 2)	2,91
275	Ожоги (уровень 1)	1,21
276	Ожоги (уровень 2)	2,03
277	Ожоги (уровень 3)	3,54
278	Ожоги (уровень 4)	5,21
279	Ожоги (уровень 5)	11,12

34	Челюстно-лицевая хирургия	1,18
280	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	0,89
281	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74
282	Операции на органах полости рта (уровень 2)	1,27
283	Операции на органах полости рта (уровень 3)	1,63
284	Операции на органах полости рта (уровень 4)	1,90
35	Эндокринология	1,40
285	Сахарный диабет, взрослые (уровень 1)	1,02
286	Сахарный диабет, взрослые (уровень 2)	1,49
287	Заболевания гипофиза, взрослые	2,14
288	Другие болезни эндокринной системы, взрослые (уровень 1)	1,25
289	Другие болезни эндокринной системы, взрослые (уровень 2)	2,76
290	Новообразования эндокринных желез доброкачественные, in situ, неопределенного и неизвестного характера	0,76
291	Расстройства питания	1,06
292	Другие нарушения обмена веществ	1,16
293	Кистозный фиброз	3,32
36	Прочее	0,58
294	Редкие генетические заболевания	3,50

295	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии	5,35
296	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения	0,32
297	Госпитализация в диагностических целях с постановкой диагноза туберкулеза, ВИЧ-инфекции, психического заболевания	0,46
298	Отторжение, отмирание трансплантата органов и тканей	8,40
299	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов	2,32
37	Медицинская реабилитация	0,75
300	Медицинская нейрореабилитация	3,00
301	Медицинская кардиореабилитация	1,50
302	Медицинская реабилитация после перенесенных травм и операций на опорно-двигательной системе	2,25
303	Медицинская реабилитация детей, перенесших заболевания перинатального периода	1,50
304	Медицинская реабилитация при других соматических заболеваниях	0,70
305	Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации	1,80
306	Медицинская реабилитация детей с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения	4,81
307	Медицинская реабилитация детей с поражениями центральной нервной системы	2,75

308	Медицинская реабилитация детей, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем	2,35
-----	--	------

Приложение 2

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

Список изменяющих документов
(в ред. [письма](#) Минздрава России N 11-9/10/2-2547,
ФФОМС N 3567/26-2/и от 25.04.2016)

N	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ <*>
1	Акушерское дело	0,50
2	Акушерство и гинекология	0,80
1	Осложнения беременности, родов, послеродового периода	0,83
2	Болезни женских половых органов	0,66
3	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,71
4	Операции на женских половых органах (уровень 2)	1,06

5	Экстракорпоральное оплодотворение	9,83
6	Искусственное прерывание беременности (аборт)	0,33
7	Аборт медикаментозный	1,04
3	Аллергология и иммунология	0,98
8	Нарушения с вовлечением иммунного механизма	0,98
4	Гастроэнтерология	0,89
9	Болезни органов пищеварения, взрослые	0,89
5	Гематология	1,17
10	Болезни крови	1,17
6	Дерматология	1,54
11	Дерматозы	1,54
7	Детская кардиология	0,98
12	Болезни системы кровообращения, дети	0,98
8	Детская онкология	9,23
13	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети	14,23
14	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети	10,34
15	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети	7,95
9	Детская урология-андрология	1,42

16	Операции на мужских половых органах, дети	1,38
17	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети	2,09
10	Детская хирургия	1,60
18	Операции по поводу грыж, дети	1,60
11	Детская эндокринология	1,49
19	Сахарный диабет, дети	1,49
20	Другие болезни эндокринной системы, дети	1,36
12	Инфекционные болезни	0,92
21	Вирусный гепатит В хронический, лекарственная терапия	2,75
22	Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3	1,10
23	Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3	9,00
24	Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 1, 4	12,85
25	Другие вирусные гепатиты	0,97
26	Инфекционные и паразитарные болезни, взрослые	1,16
27	Инфекционные и паразитарные болезни, дети	0,97
28	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, взрослые	0,52
29	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети	0,65

13	Кардиология	0,80
30	Болезни системы кровообращения, взрослые	0,80
31	Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов	3,39
14	Колопроктология	1,70
32	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	1,53
33	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	3,17
15	Неврология	1,05
34	Болезни нервной системы, хромосомные аномалии	0,98
35	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина	2,79
36	Комплексное лечение заболеваний нервной системы с применением препаратов иммуноглобулина	7,86
16	Нейрохирургия	1,06
37	Болезни и травмы позвоночника, спинного мозга, последствия внутричерепной травмы, сотрясение головного мозга	0,94
38	Операции на периферической нервной системе	2,57
17	Неонатология	1,87
39	Нарушения, возникшие в перинатальном периоде	1,79
18	Нефрология (без диализа)	2,74
40	Гломерулярные болезни, почечная недостаточность (без диализа)	1,60
41	Лекарственная терапия у больных, получающих диализ	3,25

42	Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа	3,18
43	Другие болезни почек	0,80
19	Онкология	3,01
44	Лучевая терапия (уровень 1)	3,64
45	Лучевая терапия (уровень 2)	4,02
46	Лучевая терапия (уровень 3)	6,42
47	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)	2,35
48	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)	2,48
49	Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения	0,50
50	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые	7,77
51	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые	6,30
52	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)	3,73
53	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)	5,10
54	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы	14,41
20	Оториноларингология	0,98

55	Болезни уха, горла, носа	0,74
56	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)	1,12
57	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)	1,66
58	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)	2,00
59	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)	2,46
60	Замена речевого процессора	45,50
(в ред. письма Минздрава России N 11-9/10/2-2547, ФФОМС N 3567/26-2/и от 25.04.2016)		
21	Офтальмология	0,98
61	Болезни и травмы глаза	0,39
62	Операции на органе зрения (уровень 1)	0,96
63	Операции на органе зрения (уровень 2)	1,44
64	Операции на органе зрения (уровень 3)	1,95
65	Операции на органе зрения (уровень 4)	2,17
66	Операции на органе зрения (уровень 5)	3,84
22	Педиатрия	0,93
67	Системные поражения соединительной ткани, артропатии, спондилопатии, дети	2,31

68	Болезни органов пищеварения, дети	0,89
23	Пульмонология	0,90
69	Болезни органов дыхания	0,90
24	Ревматология	1,46
70	Системные поражения соединительной ткани, артропатии, спондилопатии, взрослые	1,46
25	Сердечно-сосудистая хирургия	1,88
71	Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения	1,84
72	Операции на сосудах (уровень 1)	2,18
73	Операции на сосудах (уровень 2)	4,31
26	Стоматология детская	0,98
74	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	0,98
27	Терапия	0,74
75	Отравления и другие воздействия внешних причин	0,74
28	Торакальная хирургия	1,32
76	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения	1,32
29	Травматология и ортопедия	1,25
77	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)	1,44

78	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)	1,69
79	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)	2,49
80	Заболевания опорно-двигательного аппарата, травмы	1,05
30	Урология	0,98
81	Болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов	0,80
82	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)	2,18
83	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)	2,58
84	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)	1,97
85	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)	2,04
86	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)	2,95
31	Хирургия	0,92
87	Болезни, новообразования молочной железы	0,89
88	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,75
89	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)	1,00
90	Операции на органах кроветворения и иммунной системы	1,29
91	Операции на молочной железе	2,60
32	Хирургия (абдоминальная)	1,85
92	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)	2,11

93	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)	3,55
94	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень1)	1,57
95	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)	2,26
96	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)	3,24
97	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)	2,06
98	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)	2,17
33	Хирургия (комбустиология)	1,10
99	Ожоги и отморожения	1,10
34	Челюстно-лицевая хирургия	0,89
100	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	0,88
101	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,92
102	Операции на органах полости рта (уровень 2)	1,56
35	Эндокринология	1,23
103	Сахарный диабет, взрослые	1,08
104	Другие болезни эндокринной системы, новообразования эндокринных желез доброкачественные, in situ, неопределенного и неизвестного характера, расстройства питания, другие нарушения обмена веществ	1,41
105	Кистозный фиброз	2,58
106	Лечение кистозного фиброза с применением ингаляционной антибактериальной терапии	12,27

36	Прочее	1,00
107	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения	0,56
108	Госпитализация в дневной стационар в диагностических целях с постановкой диагноза туберкулеза, ВИЧ-инфекции, психического заболевания	0,46
109	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов	9,74
110	Отторжение, отмирание трансплантата органов и тканей	7,40
37	Медицинская реабилитация	0,75
111	Медицинская нейрореабилитация	3,00
112	Медицинская кардиореабилитация	1,50
113	Медицинская реабилитация после перенесенных травм и заболеваний опорно-двигательной системы	2,25
114	Медицинская реабилитация детей, перенесших заболевания перинатального периода	1,50
115	Медицинская реабилитация при других соматических заболеваниях	0,70
116	Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации	1,80
117	Медицинская реабилитация детей с поражениями центральной нервной системы	2,75
118	Медицинская реабилитация детей после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем	2,35

<*> Коэффициент относительной затратноности КСГ/КПГ определен исходя из базовой ставки для дневного стационара, определенной в соответствии с нормативами [Программы](#).

Приложение 3

РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ СЛУЧАЕВ, ДЛЯ КОТОРЫХ УСТАНОВЛЕН КСЛП
Список изменяющих документов
(в ред. [письма](#) Минздрава России N 11-9/10/2-2547,
ФФОМС N 3567/26-2/и от 25.04.2016)

N	Случаи, для которых установлен КСЛП	Рекомендуемые пороговые значения КСЛП
1	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом, а также необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4)	1,1 - 1,4
2	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет)	1,02 - 1,40
3	Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента (перечень указанных заболеваний и состояний представлен в Инструкции)	1,1 - 1,80
4	Необходимость развертывания индивидуального поста по медицинским показаниям	1,1 - 1,5
5	Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю ребенка после достижения им возраста 4 лет при наличии	1,05 - 1,35

	медицинских показаний	
6	Проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ (перечень возможных сочетаний КСГ представлен в Инструкции)	1,3 - 1,8
7	Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями (методика расчета КСЛП представлена в Инструкции)	В соответствии с расчетным значением
8	Проведение сочетанных хирургических вмешательств (перечень возможных сочетанных операций представлен в Инструкции)	1,2 - 1,7
9	Проведение однотипных операций на парных органах (перечень возможных однотипных операций на парных органах представлен в Инструкции)	1,2 - 1,7

Приложение 4

РЕКОМЕНДУЕМАЯ СТОИМОСТЬ УСЛУГ ДИАЛИЗА

N	Код	Услуга	Условия оказания	единица оплаты	стоимость 1 услуги, рубли
1	A18.05.002; A18.05.002.002	Гемодиализ, Гемодиализ интермиттирующий низкопоточный	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	5705
2	A18.05.002.001	Гемодиализ интермиттирующий	стационарно,	услуга	5990

		высокопоточный	дневной стационар, амбулаторно		
3	A18.05.011	Гемодиафильтрация	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	услуга	6175,5
4	A18.05.004	Ультрафильтрация крови	стационарно	услуга	5234,5
5	A18.05.002.003	Гемодиализ интермиттирующий продленный	стационарно	услуга	15737
6	A18.05.003	Гемофильтрация крови	стационарно	услуга	16442,75
7	A18.05.003.001	Ультрафильтрация продленная	стационарно	услуга	14325,5
8	A18.05.011.001	Гемодиафильтрация продленная	стационарно	услуга	17148,5
9	A18.05.002.005	Гемодиализ продолжительный	стационарно	сутки	29852
10	A18.05.003.002	Гемофильтрация крови продолжительная	стационарно	сутки	31263,5
11	A18.05.011.002	Гемодиафильтрация продолжительная	стационарно	сутки	32675
12	A18.30.001	Перитонеальный диализ	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	день обмена	4528,6
13	A18.30.001.001	Перитонеальный диализ проточный	стационарно	день обмена	22171,6
14	A18.30.001.002	Перитонеальный диализ с использованием автоматизированных технологий	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	день обмена	5587,18

15	A18.30.001.003	Перитонеальный диализ при нарушении ультрафильтрации	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	день обмена	4881,46
----	----------------	--	---	----------------	---------

Приложение 5

РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Показатели	Единица измерения
1.1. Профилактическая работа среди взрослого населения	
Охват населения всех (или отдельных) возрастных групп, охваченных профилактическими прививками против гриппа, от общего числа лиц указанных групп, подлежащих охвату профилактическими прививками, среди лиц, прикрепленных к медицинской организации	30% процентов от подлежащих
Охват населения всех (или отдельных) возрастных групп вакцинированием против пневмококковой инфекции от общего числа лиц указанных групп, подлежащих охвату профилактическими прививками, среди лиц, прикрепленных к медицинской организации	Не менее 10% прикрепленного населения
Охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения из подлежащего диспансеризации в текущем году	80% процентов от подлежащих

Доля лиц с впервые выявленной ишемической болезнью сердца, взятых под диспансерное наблюдение, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения	Не менее 80%
Доля лиц с впервые выявленной артериальной гипертензией, взятых под диспансерное наблюдение, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения	Не менее 80%
Доля лиц с ишемической болезнью сердца, достигших целевого уровня ХС, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения	Не менее 60%
Доля лиц с артериальной гипертензией, достигших целевого уровня АД, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения	Не менее 60%
2.1. Доступность медицинской помощи для прикрепленного взрослого населения	
Доля обоснованных жалоб пациентов на работу медицинской организации	Менее 5%
Общее количество посещений к врачам в поликлинике	Количество посещений на 1 тыс. человек прикрепленного населения
Доля посещений с профилактической целью от общего количества посещений	Не менее 50%
Уровень госпитализации прикрепленного населения от общей численности прикрепленного населения	%
Удовлетворенность населения качеством медицинской помощи	80% опрошенных
Доля экстренных госпитализаций в общем объеме	%

госпитализаций прикрепленного населения	
Доля пациентов, охваченных диспансерным наблюдением из числа подлежащих, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения	Процент от подлежащих
Доля пациентов обученных в школе для пациентов с артериальной гипертензией, среди всех пациентов с артериальной гипертензией	Процент среди всех пациентов с артериальной гипертензией;
3.1. Показатели здоровья прикрепленного взрослого населения	
Доля больных с впервые установленной III - IV стадией злокачественных новообразований всех локализаций в общем числе больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования	%
Уровень первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста в связи с заболеванием	Количество случаев на 1 тыс. человек прикрепленного населения трудоспособного возраста
Доля лиц, умерших от инсульта и (или) инфаркта миокарда в трудоспособном возрасте, среди прикрепленного населения	Число случаев на 1 тыс. лиц трудоспособного возраста (женщины 18 - 54 года, мужчины 18 - 59 лет), среди прикрепленного населения
Доля умерших в трудоспособном возрасте больных ЗНО, состоящих на учете, от общего числа умерших в трудоспособном возрасте больных ЗНО	Число случаев на 1 тыс. лиц трудоспособного возраста (женщины 18 - 54 года, мужчины 18 - 59 лет), среди прикрепленного населения
Удельный вес повторных инфарктов	Процент от общего числа инфарктов у лиц трудоспособного возраста (женщины 18 - 54 года, мужчины 18 - 59 лет), среди прикрепленного населения

Уровень заболевания инфарктом	Число случаев на 1 тыс. лиц трудоспособного возраста (женщины 18 - 54 года, мужчины 18 - 59 лет), среди прикрепленного населения
Уровень заболевания инсультом	Число случаев на 1 тыс. лиц трудоспособного возраста (женщины 18 - 54 года, мужчины 18 - 59 лет), среди прикрепленного населения
Удельный вес больных сахарным диабетом, перенесших ампутацию	Процент от всех больных сахарным диабетом среди прикрепленного населения
Удельный вес больных сахарным диабетом, осложнившимся комой	Процент от всех больных сахарным диабетом среди прикрепленного населения
4. Результаты контроля, объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи прикрепленному населению	
Доля посещений по заболеваниям, осуществленным в неотложной форме, от общего числа посещений по заболеваниям	Процент от всех посещений по заболеванию
Доля нарушений, выявленных при проведении медико-экономической экспертизы	Процент от количества проведенных медико-экономических экспертиз
Доля нарушений, выявленных при проведении экспертизы качества медицинской помощи	Процент от количества проведенных экспертиз качества медицинской помощи

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

Специальности	Среднее число посещений по поводу заболеваний в одном обращении	Поправочный коэффициент кратности посещений в одном обращении	Относительный коэффициент стоимости посещения с учетом специальности <*>	Поправочный коэффициент стоимости обращения (гр. 3 х гр. 4)
1	2	3	4	5
Кардиология и ревматология	3,1	1,07	0,9740	1,04
Педиатрия	2,8	0,97	1,2900	1,25
Терапия	2,7	0,95	0,8554	0,81
Эндокринология	2,5	0,86	1,7598	1,52
Аллергология	2,6	0,90	1,6206	1,45
Неврология	2,9	1,01	1,0148	1,02
Инфекционные болезни	2,4	0,82	1,2842	1,05
Хирургия	3,0	1,04	0,9113	0,94
Урология	2,6	0,90	0,7374	0,66

Акушерство-гинекология	3,8	1,30	1,1941	1,55
Оториноларингология	4,1	1,41	0,7102	1,00
Офтальмология	3,8	1,30	0,6088	0,79
Дерматология	4,2	1,44	0,7348	1,06
Венерология	2,7	0,93	0,8962	0,83
ИТОГО:	2,9	1,00	1,00	1,00

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

Приложение 7

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

Диспансеризация взрослого населения		
Приказ Министерства здравоохранения РФ от 3 февраля 2015 г. N 36ан "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения"		
Пол	Возраст	Рекомендованная стоимость, руб.

м	21, 24, 27, 30, 33	959,0
м	78, 84, 90, 96	1102,0
м	36, 42	1150,0
м	48, 54, 60, 66, 72	1260,5
м	39, 45, 81, 87, 93, 99	1652,5
м	51, 57, 63, 69, 75	1809,5
м	Средняя стоимость	1118,0

Пол	Возраст	Рекомендованная стоимость, руб.
ж	21, 24, 27, 30, 33, 36, 78, 84, 90, 96	1069,0
ж	42, 72	1461,5
ж	48, 54, 60, 66, 81, 87, 93, 99	1661,3
ж	39, 45, 69, 75	2103,8
ж	51, 57, 63	2262,0
ж	Средняя стоимость	1326,0

Диспансеризация детей-сирот

[Приказ](#) Министерства здравоохранения РФ от 15 февраля 2013 г. N 72н "О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации"

Пол	Возраст	Рекомендованная стоимость, руб.
м/ж	0 - 17	3724,4

Приложение 8

РЕКОМЕНДУЕМЫЙ КЛАССИФИКАТОР
ОСНОВНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВИЧНОЙ
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, ВЫРАЖЕННОЙ
В УСЛОВНЫХ ЕДИНИЦАХ ТРУДОЕМКОСТИ (УЕТ) (РАЗРАБОТАН
ФЕДЕРАЛЬНЫМ ГОСУДАРСТВЕННЫМ БЮДЖЕТНЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ
"ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ")

Список изменяющих документов
(в ред. [письма](#) Минздрава России N 11-9/10/2-2547,
ФФОМС N 3567/26-2/и от 25.04.2016)

Код услуги	Наименование услуги	Время на оказание услуги врачом (мин.)	Число УЕТ
Общепрофильные			
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	3,4	0,35

A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	6,06	0,6
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	7,6	0,75
B01.003.004.002	Проводниковая анестезия	9,55	0,95
B01.003.004.004	Аппликационная анестезия	3,06	0,3
B01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	4,98	0,5
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	9,34	0,95
A06.30.002.001	Описание и интерпретация компьютерных томограмм	19,8	2
A11.07.026	Взятие образца биологического материала из очагов поражения органов рта	11,2	1,1
A11.01.019	Получение соскоба с эрозивно-язвенных элементов кожи и слизистых оболочек	11,2	1,1
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных препаратов в челюстно-лицевую область	10,5	1,1
A25.07.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов	2,7	0,25
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов	2,7	0,25
A25.07.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях полости рта и зубов	2,7	0,25
Терапевтическая стоматология			

В01.064.003	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный	18,5	1,85
В01.064.004	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный	10,02	1
В04.064.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского	11,88	1,2
В04.064.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского	19,72	1,95
В01.065.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта первичный	15,8	1,6
В01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	7,25	0,75
В04.065.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта	12,5	1,25
В04.065.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта	18,13	1,8
В01.065.003	Прием (осмотр, консультация) зубного врача первичный	15,8	1,6
В01.065.004	Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный	7,25	0,75
В04.065.003	Диспансерный прием (осмотр, консультация) зубного врача	12,5	1,25
В04.065.004	Профилактический прием (осмотр, консультация) зубного врача	18,13	1,8

В01.065.005	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического первичный	18,0	1,8
В01.065.006	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического повторный	10,00	1,00
А02.07.002.001	Наложение лечебной повязки при кариесе дентина (глубоком кариесе)	2,5	0,25
А03.07.001	Люминесцентная стоматоскопия	6,3	0,65
А05.07.001	Электроодонтометрия	4,17	0,4
А11.07.010	Введение лекарственных препаратов в пародонтальный карман	9,85	1
А11.07.022	Аппликация лекарственного препарата на слизистую оболочку полости рта	4,49	0,45
А11.07.012	Глубокое фторирование твердых тканей зуба	3,79	0,4
А11.07.023	Применение метода серебрения зуба	8,76	0,9
А11.07.024	Местное применение реминерализующих препаратов в области зуба	6,83	0,7
А13.30.007	Обучение гигиене полости рта	8,67	0,9
А15.07.003	Наложение лечебной повязки при заболеваниях слизистой оболочки полости рта и пародонта в области одной челюсти	9,88	1
А16.07.002.001	Восстановление зуба пломбой без нарушения контактного пункта, I, V класс по Блэку с использованием стеклоиномерных цемента	10 <*>	1

A16.07.002.002	Восстановление зуба пломбой без нарушения контактного пункта, I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения	19,38 <*>	1,95
A16.07.002.003	Восстановление зуба пломбой без нарушения контактного пункта, I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров	33,33 <*>	3,35
A16.07.002.004	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта, II, III класс по Блэку с использованием стеклоиномерных цементов	18,5 <*>	1,85
A16.07.002.005	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта, II, III класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения	24,83 <*>	2,5
A16.07.002.006	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта, II, III класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров	37,5 <*>	3,75
A16.07.002.007	Восстановление зуба, IV класс по Блэку с использованием стеклоиномерных цементов	24,5 <*>	2,45
A16.07.002.008	Восстановление зуба IV класса по Блэку с использованием материалов химического отверждения	32,6 <*>	3,25
A16.07.002.009	Восстановление одного зуба пломбой из амальгамы при среднем кариесе I, V класс по Блеку	15,44 <*>	1,55
A16.07.002.010	Восстановление одного зуба пломбой из амальгамы при среднем кариесе II класса по Блеку	18,5 <*>	1,85

A16.07.002.011	Наложение временной пломбы	15,32 <*>	1,55
A16.07.091	Снятие временной пломбы	2,5	0,25
A16.07.092	Трепанация зуба, искусственной коронки	4,81	0,5
A16.07.008.001	Пломбирование одного корневого канала зуба пастой	11,64	1,15
A16.07.008.002	Пломбирование одного корневого канала зуба гуттаперчивыми штифтами	11,67	1,15
A16.07.008.003	Закрытие перфорации стенки канала с использованием цемента минерал триоксид агрегат (МТА)	17,8	1,8
A16.07.009	Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы)	2,06	0,2
A16.07.010	Экстирпация пульпы	4,57	0,45
A16.07.019	Временное шинирование при заболеваниях пародонта	19,8	2
A16.07.020.001	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба ручным методом	3,2	0,3
A16.07.025	Избирательное шлифование зуба	4,32	0,45
A16.07.025.001	Избирательное полирование 1 зуба	2,3	0,25
A16.07.030.001	Инструментальная и медикаментозная обработка хорошо проходимого корневого канала	9,21	0,9
A16.07.030.002	Инструментальная и медикаментозная обработка плохо проходимого корневого канала	17,11	1,7

A16.07.030.003	Временное пломбирование лекарственным препаратом одного корневого канала	4,06	0,4
A16.07.031	Восстановление зуба пломбировочным материалом с использованием анкерных штифтов	56,7	5,65
A16.07.039	Закрытый кюретаж при заболеваниях пародонта в области зуба	3,1	0,3
A16.07.051	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	11,2	1
A16.07.057	Запечатывание фиссуры зуба герметиком	8,12	0,8
A16.07.082	Сошлифовывание твердых тканей зуба (1 зуб)	2,5	0,25
A16.07.082.001	Распломбировка корневого канала ранее леченного гуттаперчевой пастой (1 канал)	15	1,5
A16.07.082.002	Распломбировка корневого канала ранее леченного фосфат-цементом/ резорцин-формальдегидным методом/ термофилом (1 канал)	25,48	2,55
A16.07.093	Фиксация внутриканального штифта, вкладки	4,6	0,45
A16.07.094	Удаление внутриканального штифта, вкладки	11,4 0	1,15
A22.07.004	Ультразвуковое расширение корневого канала зуба	19,5	1,95
Хирургическая стоматология			
V01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	13,9	1,4
V01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	10,75	1,1

A11.03.003	Внутрикостное введение лекарственных препаратов	8,23	0,8
A15.03.007	Наложение шины при переломах костей	38,69	3,9
A15.07.004	Снятие шины с одной челюсти	14,27	1,45
A15.04.001	Наложение повязки при вывихах (подвывихах) суставов	25,47	2,55
A15.04.002	Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов	25,47	2,55
A15.07.001	Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) зубов	29,63	2,95
A11.06.002	Биопсия лимфатического узла	12,65	1,25
A11.07.001	Биопсия слизистой полости рта	11,47	1,15
A11.07.002	Биопсия языка	11,47	1,15
A11.07.007	Биопсия тканей губы	11,47	1,15
A11.07.008	Пункция кисты полости рта	9,12	0,9
A11.07.009	Бужирование протоков слюнных желез	30,13	3
A15.07.002	Наложение повязки при операциях в полости рта	10,59	1,05
A16.07.095.001	Остановка луночного кровотечения без наложения швов методом тампонады (вмешательств)	12,59 <*>	1,25
A16.07.095.002	Остановка луночного кровотечения без наложения швов с использованием гемостатических материалов	10 <*>	1

A16.01.004	Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани	13,01	1,3
A16.01.008	Сшивание кожи и подкожной клетчатки	8,38	0,85
A16.30.069	Снятие послеоперационных швов (лигатур)	3,82	0,4
A16.07.001.001	Удаление временного зуба	10,11	1
A16.07.001.002	Удаление постоянного зуба	12,52	1,25
A16.07.001.003	Удаление зуба сложное с разъединением корней	23,76	2,4
A16.07.007	Резекция верхушки корня	37,81	3,78
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления в полости рта	10,02	1
A16.07.012	Вскрытие и дренирование одонтогенного абсцесса	9,69	1
A16.07.013	Отсроченный кюретаж лунки удаленного зуба	10,33	1
A16.07.014	Вскрытие и дренирование абсцесса полости рта	21,4	2,15
A16.07.015	Вскрытие и дренирование очага воспаления мягких тканей лица или дна полости рта	24,12	2,4
A16.07.016	Цистотомия или цистэктомия	28,88	2,9
A16.07.017.002	Коррекция объема и формы альвеолярного отростка	12,19	1,2
A16.07.024	Операция удаления ретинированного, дистопированного или сверхкомплектного зуба	26,92	2,7
A16.07.026	Гингивэктомия, гингивопластика	42,86	4,3

A16.07.038	Открытый кюретаж при заболеваниях пародонта	6,29	0,65
A16.07.040	Лоскутная операция в полости рта	27,15	2,7
A16.07.042	Пластика уздечки верхней губы	20,77	2,1
A16.07.043	Пластика уздечки нижней губы	20,77	2,1
A16.07.044	Пластика уздечки языка	10,12	1
A16.07.045	Вестибулопластика	41,6	4,15
A16.07.096	Пластика перфорации верхнечелюстной пазухи	40	4
A16.07.058	Лечение перикоронита (промывание, рассечение и/или иссечение капюшона)	10,39	1,05
A16.07.059	Гемисекция зуба	25,7	2,6
A16.07.060	Коронарно-радикулярная сепарация	18	1,8
A16.22.012	Удаление камней из протоков слюнных желез	30,13	3
A11.07.025	Промывание протока слюнной железы	18,5	1,85
A16.30.032	Иссечение новообразования мягких тканей	40,35	4,05
A16.30.064	Иссечение свища мягких тканей	22,5	2,25
Физиотерапия			
A17.07.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов	15	1,5
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	12,50	1,25

(в ред. письма Минздрава России N 11-9/10/2-2547, ФФОМС N 3567/26-2/и от 25.04.2016)

A17.07.004	Ионофорез при патологии полости рта и зубов	10,1	1
A17.07.005	Магнитотерапия при патологии полости рта и зубов	12,5	1,25
A17.07.006	Депозифорез корневого канала зуба	15	1,5
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта	20	2
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	16,67	1,65
A17.07.009	Воздействие электрическими полями (КВЧ) при патологии полости рта и зубов	10	1
A17.07.010	Воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов	10	1
A17.07.011	Воздействие токами ультравысокой частоты при патологии полости рта и зубов	12,5	1,25
A17.07.012	Ультравысокочастотная индуктотермия при патологии полости рта и зубов	12,5	1,25
A17.07.013	Воздействие магнитными полями при патологии полости рта и зубов	5	0,5
A20.07.001	Гидроорошение при заболевании полости рта и зубов	15	1,5
A21.07.001	Вакуум-терапия в стоматологии	6,83	0,7
A22.07.001	Ультразвуковая обработка пародонтального кармана в области зуба	0,15	0,15

A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба	1,75	0,2
A22.07.003	Лазерная физиотерапия челюстно-лицевой области	12,5	1,25
A22.07.004	Ультразвуковое расширение корневого канала зуба	7	0,7
A22.07.005	Ультрафиолетовое облучение ротоглотки	12,5	1,25
A22.07.006	Воздействие ультразвуком на область десен	10	1
A22.07.007	Ультрафонофорез лекарственных препаратов на область десен	10	1
A22.07.008	Воздействие лазерным низко интенсивным излучением на область десен	12,5	1,25
Ортодонтия			
B01.063.001	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта первичный	15,46	1,55
B01.063.002	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта повторный	9,83	1
B04.063.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта	16,94	1,7
A02.07.004	Антропометрические исследования	10,95	1,1
A02.07.006	Определение прикуса	5,67	0,55
A02.07.006.001	Определение вида смыкания зубных рядов с помощью лицевой дуги	41,4	4,15
A02.07.010	Исследование на диагностических моделях	23,05	2,3

	челюстей		
A02.07.010.001	Снятие оттиска с одной челюсти	13,4	1,35
A06.30.002.003	Интерпретация телерентгенограммы головы	37,6	3,76
A06.30.002.004	Интерпретация ортопантограммы	22,16	2,2
A06.30.002.005	Медицинское фотографирование	11,6	1,15
A16.07.028	Ортодонтическая коррекция	2,5	0,25
A16.07.025.002	Полирование ортодонтической конструкции	2,3	0,25
A.16.07.053.001	Снятие, постановка коронки, кольца ортодонтических	8,86	0,9
A.16.07.053.002	Распил ортодонтического аппарата через винт	9,9	1
D01.01.05.01	Коррекция съемного ортодонтического аппарата	17,68	1,75
D01.01.05.02	Починка ортодонтического аппарата	15,3	1,55
D01.02.22.01.37	Починка перелома базиса самотвердеющей пластмассой	17,43	1,75
D01.02.22.01.27	Изготовление контрольной модели	18,75	1,9
D01.02.22.01.45	Изготовление дуги вестибулярной	27	2,7
D01.02.22.01.46	Изготовление дуги вестибулярной с дополнительными изгибами	38,5	3,85
D01.02.22.01.52	Изготовление кольца ортодонтического	39,7	4
D01.02.22.01.56	Изготовление коронки ортодонтической	40	4

D01.02.22.01.59	Изготовление пластинки вестибулярной	27	2,7
D01.02.22.01.60	Изготовление пластинки с заслоном для языка (без кламмеров)	25	2,5
D01.02.22.01.61	Изготовление пластинки с окклюзионными накладками	180	18

<*> Включает формирование кариозной полости и медикаментозную обработку.

<***> Не учитывается как самостоятельный вид работ при проведении остановки кровотечения в ходе выполнения оперативных вмешательств.
