

Приложение № 5

в редакции Дополнительного соглашения
от 27.02.2026 № 2 к Тарифному соглашению
в сфере обязательного медицинского страхования
на территории Нижегородской области на 2026 год
от 29 декабря 2025 года

Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в том числе прерванных случаев лечения) и оказания высокотехнологичной медицинской помощи

1. Основные подходы к оплате медицинской помощи по КСГ

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

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

б) за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний приведенных в Приложении № 9 к Территориальной программе ОМС, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа, а также за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий субъекта Российской Федерации для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний).

Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, по КСГ осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы лечения по перечню видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, на которые установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;

- услуг диализа, включающих различные методы.

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратно-емкость лечения пациентов (квалификационных критериев):

- Диагноз (код по МКБ-10);

- Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);

- Схема лекарственной терапии;

- МНН лекарственного препарата;

- Возрастная категория пациента;

- Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ-10);

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

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

- Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

- Пол;

- Длительность лечения;

- Этап лечения, в том числе долечивание пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, посттрансплантационный период после пересадки костного мозга;

- Показания к применению лекарственного препарата;

- Объем послеоперационных грыж брюшной стенки;

- Степень тяжести заболевания;

- Сочетание нескольких классификационных критериев в рамках одного классификационного критерия (например, сочетание оценки состояния пациента по ШРМ с назначением ботулинического токсина).

При группировке случаев, в том числе для учета дополнительных классификационных критериев и особенности формирования отдельных КСГ, следует руководствоваться Приложениями № 8-9 к Методическим рекомендациям. Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ-10, являющийся основным поводом к госпитализации.

В период одной госпитализации может быть предъявлено к оплате не более одной КСГ, за исключением случаев, описанных в пункте 3.1. настоящего Порядка.

При наличии направления на осуществление плановой госпитализации с целью проведения хирургического лечения при оказании специализированной медицинской помощи, в том числе ВМП, госпитализация пациента в медицинскую организацию осуществляется не ранее чем за сутки до начала хирургического лечения, за исключением ситуаций, обусловленных медицинскими показаниями.

2. Расчет стоимости законченного случая лечения в рамках системы КСГ заболеваний

2.1. Стоимость одного случая госпитализации в стационаре ($СС_{КСГ}$) при оплате по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов, порядок оплаты установлен ниже в пункте 2.2.) определяются по следующей формуле:

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

БС	базовая ставка без учета коэффициента дифференциации, рублей;
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462;
$КЗ_{КСГ}$	коэффициент относительной затроемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;
$КС_{КСГ}$	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
$КУС_{МО}$	коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
КСЛП	коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» (равно единице).

2.2. Стоимость одного случая госпитализации по перечню КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - Д_{ЗП}) + Д_{ЗП} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КД) + БС \times КД^* \times КСЛП, \text{ где}$$

$Д_{ЗП}$	доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением № 4 к Программе значение, к которому применяется КД, $КС_{КСГ}$, $КУС_{МО}$).
----------	--

* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии

при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» (равно единице).

Доли заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ установлены Приложением № 26 к Тарифному соглашению.

2.3. Коэффициент относительной затратоемкости определяется для каждой КСГ и установлен в соответствии с Приложением № 4 Программы в Приложении № 26 к Тарифному соглашению.

2.4. Коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи ($K_{УС_{мо}}$) установлены Приложением № 27 к Тарифному соглашению.

К отдельным КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеющие высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающие (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения на различных уровнях оказания помощи (например, аппендэктомия), коэффициент уровня (подуровня) при оплате не применяется (принимается равным 1). Перечень КСГ, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, представлен в Приложении № 26 к Тарифному соглашению.

2.5. Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях, устанавливается на основании объективных критериев, перечень которых приведен в Таблице № 2.

В случае если в рамках одной госпитализации применено несколько КСЛП, итоговое значение КСЛП рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛП.

В случае оплаты прерванного случая оказания медицинской помощи к объему средств, получаемому медицинской организацией за примененный КСЛП, доля оплаты прерванных случаев лечения не применяется.

В случае если оплата законченного случая лечения осуществляется по двум и более КСГ, значение КСЛП применяется однократно к одной из КСГ, входящих в законченный случай лечения, за исключением:

1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую;

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

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных

Таблицей № 1, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

Таблица № 1

Перечень случаев, для которых установлен КСЛП

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
sl001	Предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до четырех лет, детей старше четырех лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов, которые в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеют ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности (ограничения способности к самообслуживанию, и (или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) обучению, и (или) контролю своего поведения - независимо от возраста ребенка-инвалида) и ближайшему родственнику, законному представителю или иному лицу (привлекаемому родственниками или законными представителями) пациентов, являющихся инвалидами I группы, за исключением случаев, к которым применяется КСЛП, предусмотренный пунктом 2 настоящего перечня	0,2
sl002	Предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до четырех лет, детей старше четырех лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов, которые в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеют ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности (ограничения способности к самообслуживанию, и (или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) обучению, и (или) контролю своего поведения - независимо от возраста ребенка-инвалида) и ближайшему родственнику, законному представителю или иному лицу (привлекаемому родственниками или законными представителями) пациентов, являющихся инвалидами I группы, получающих медицинскую помощь по профилям «онкология», «детская онкология» и (или) «гематология»	0,6
sl003	Оказание медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра, за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки	0,2
sl004	Развертывание индивидуального поста	0,2
sl005	Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации: <ul style="list-style-type: none"> - Сахарный диабет типа 1 и 2 (инсулинпотребный, в случае проведения лекарственной терапии по поводу сахарного диабета или его осложнений); - Заболевания, включенные в Перечень редких (орфанных) заболеваний, размещенный на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации¹; - Рассеянный склероз (G35); - Хронический лимфоцитарный лейкоз (C91.1); 	0,6

№	Случай, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
	<ul style="list-style-type: none"> - Состояния после трансплантации органов и (или) тканей (Z94.0; Z94.1; Z94.4; Z94.8); - Детский церебральный паралич (G80); - ВИЧ/СПИД, стадии 4Б и 4В, взрослые (B20 – B24); - Перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции, дети (Z20.6). 	
sl006	Проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение одностипных операций на парных органах (уровень 1) ²	0,05
sl007	Проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение одностипных операций на парных органах (уровень 2) ²	0,47
sl008	Проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение одностипных операций на парных органах (уровень 3) ²	1,16
sl009	Проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение одностипных операций на парных органах (уровень 4) ²	2,07
sl010	Проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение одностипных операций на парных органах (уровень 5) ²	3,49
sl011	Проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов ³	0,18
sl014	Проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (гриппа, новой коронавирусной инфекции COVID-19) в период госпитализации	0,05
sl015	Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1)*	0,14
sl016	Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 2)*	0,34
sl017	Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 3)*	1,28

1 – <https://minzdrav.gov.ru/documents/9839-perechen-redkih-orfannyh-zabolevaniy>;

2 – перечень возможных операций, а также критерии отнесения соответствующих операций к уровню КСЛП определены Приложениями № 26.1 и № 26.2 Тарифного соглашения;

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

* - стоимость КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» в стационарных условиях определяется без учета коэффициента дифференциации субъекта Российской Федерации.

КСЛП «Проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (гриппа, новой коронавирусной инфекции COVID-19) в период госпитализации» не может применяться при оплате случаев лечения, оплачиваемых по КСГ st12.012 «Грипп, вирус гриппа идентифицирован» и КСГ st12.015 - st12.019, используемых для оплаты случаев лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19.

КСЛП в случае «Проведения сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых (уровень 1-3)» может быть применен

в случае, если проведение сопроводительной терапии предусмотрено соответствующими клиническими рекомендациями, в рамках госпитализаций в стационарных условиях по КСГ st19.084 - st19.089, st19.094 - st19.102, st19.182 - st19.202.

При использовании схем лекарственной терапии, предусматривающих применение лекарственных препаратов филграстим, деносумаб, эмпэгфилграстим, КСЛП «Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых (уровень 1-3)» не применяется.

Таблица № 2

Перечень схем сопроводительной лекарственной терапии, при применении которых может быть применен КСЛП

Код схемы	Уровень КСЛП	Описание схемы	Условия применения
supt01	1	Филграстим 4 дня введения по 300 мкг	
supt02	2	Деносумаб 1 день введения 120 мг	Установленный клиренс креатинина <59мл/мин на момент принятия решения о назначении препарата Деносумаб
supt03	3	Тоцилизумаб 1 день введения 8 мг/кг	
supt04	2	Филграстим 8 дней введения по 300 мкг	
supt05	3	Эмпэгфилграстим 1 день введения 7,5 мг	
supt06	2	Филграстим 10 дней введения по 300 мкг	
supt07	1	Микофенолата мофетил 30 дней введения по 1000 мг 2 раза в день	
supt08	2	Такролимус 30 дней введения по 0,1 мг/кг	
supt09	3	Ведолизумаб 1 день введения 300 мг	
supt10	3	Инфликсимаб 1 день введения 5 мг/кг	
supt11	3	Иммуноглобулин человека нормальный 5 дней введения по 400 мг/кг	
supt12	3	Иммуноглобулин анти timoцитарный 3 - 5 дней введения по 1,5 - 5 мг/кг	

2.6. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи по КСГ (КС_{КСГ}) установлен для конкретной КСГ в Приложении № 26 к Тарифному соглашению.

Перечень КСГ, включающих оплату медицинской помощи с применением сложных медицинских технологий, в том числе при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности, а также группы с высокой долей расходов на медикаменты и расходные материалы, применение понижающих коэффициентов специфики не допускается. Перечень КСГ, к которым не применяются понижающие коэффициенты специфики, представлен в Приложении № 26 к Тарифному соглашению.

Перечень КСГ, включающим оплату медицинской помощи при заболеваниях, лечение которых должно преимущественно осуществляться в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, повышающий коэффициент специфики не применяется. Перечень КСГ, к которым не применяются повышающие

коэффициенты специфики, представлен в Приложении № 26 к Тарифному соглашению.

3. Подходы к оплате отдельных случаев оказания медицинской помощи по КСГ

3.1. Оплата по двум КСГ и более

Оплата по двум и более КСГ в рамках одной госпитализации осуществляется в следующих случаях:

1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным основаниям прерванности (пункт 3.2 данного Приложения);

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

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

4. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

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

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

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

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;
- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;
- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;
- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

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

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

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

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

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами;

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

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

При изменении стоимости КСГ в период лечения пациента, оплата медицинской помощи осуществляется в соответствии со стоимостью КСГ, установленной на день выписки больного.

3.2. Оплата прерванных случаев лечения

В соответствии с Программой к прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся:

- 1) случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
- 2) случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
- 3) случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара);
- 4) случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
- 5) случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
- 6) случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);

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

8) законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям изложенным, в подпунктах 1 - 7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, приведенный в Приложении № 26 Тарифного соглашения;

9) случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, st37.027, st37.028, st37.029, st37.031, st37.032, st37.033, st37.034, st37.035 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и Группировщиком.

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

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям 2 - 10 пункта 3.1 данного Приложения, случай до перевода не может считаться прерванным по вышеуказанным основаниям прерванности 2 - 4.

Приложением № 9 к Территориальной программе ОМС и Приложением № 26 к Тарифному соглашению определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения по основаниям 1 - 7) по КСГ, перечисленным в Приложении № 26 к Тарифному соглашению, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения по основанию 8 и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

В стоимость прерванного случая госпитализации по соответствующей КСГ включены расходы на проведение патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при

получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу, в указанных медицинских организациях. Тарифы для межучрежденческих расчетов указаны в Приложении № 26.4 к Тарифному соглашению.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям 1 - 6 и 8, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) была проведена тромболитическая терапия, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 90% от стоимости КСГ.

Приложением № 26.3 Тарифного соглашения определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию.

Прерванные случаи лечения по КСГ, не входящие в Приложение № 26.3 к Тарифному соглашению, не могут быть оплачены с применением вышеперечисленных размеров оплаты прерванных случаев.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 40% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 50% от стоимости КСГ.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше, являющиеся прерванными по основанию 7 и 9, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

4. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии

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

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, длительность цикла, количество дней введения, способ введения (в случае указания в схеме), скорость введения (капельно, струйно, в случае указания в схеме), разовую дозу препарата (фиксированная величина или разовая доза в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента). Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в Группировщике, для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он

не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1 – 6 пункта 3.2. данного Приложения.

В случае снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» в Группировщике при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии) схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 3.2. данного Приложения):

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

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

Для остальных случаев (в том числе случаев проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) классификационным критерием отнесения к КСГ служит схема sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1 – 6 пункта 3.2. данного Приложения.

Также схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 3.2 данного Приложения) при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Группировщике.

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

Пациентам в возрасте до 21 года при наличии отдельных онкологических заболеваний с целью продолжения лечения, которое начато в возрасте до 18 лет, первичная специализированная медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь может быть оказана в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь детям по профилю «детская онкология», в случаях и при соблюдении условий, установленных порядком оказания медицинской помощи, утвержденным Минздрава России.

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

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

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 3.2 данного Приложения) в случае проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Группировщике.

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

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

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме, в том числе при длительности лечения 3 дня и менее, если она выполнена в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе), а также при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 3.2. данного Приложения.

5. Оплата случаев лечения по профилю «Онкология»

При расчете стоимости случаев лекарственной терапии онкологических заболеваний учтены в том числе нагрузочные дозы в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения.

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

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

лучевой терапии (фракций).

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

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

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

В целях повышения эффективности использования средств обязательного медицинского страхования на оказание медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями при назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии с применением лекарственных препаратов, указанных в Таблице № 4 данного Приложения, для лечения отдельных нозологий, необходимо обязательное проведение МГИ и (или) иммуногистохимических исследований, позволяющих определить маркер (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии). При отсутствии такого исследования оплата случая лечения с использованием схемы противоопухолевой лекарственной терапии не допускается.

Таблица № 3

Перечень лекарственных препаратов для проведения противоопухолевой лекарственной терапии, при назначении которых необходимо обязательное проведение МГИ и (или) иммуногистохимических исследований, позволяющих определить маркер

№ п/п	Наименование МНН	Код МКБ-10*	Код маркера	Результат исследования
1	Абемациклиб	C50	HER2	Отсутствие гиперэкспрессии/амплификации белка HER2
2	Алектиниб	C34	ALK	Наличие транслокации в гене ALK
3	Алпелисиб	C50	PIK3CA и HER2	Наличие мутации в гене PIK3CA и отсутствие гиперэкспрессии/амплификации белка HER2
4	Вемурафениб	C43, C18, C19, C20	BRAF	Наличие мутаций в гене BRAF
5	Гефитиниб	C34	EGFR	Наличие мутаций в гене EGFR

№ п/п	Наименование МНН	Код МКБ-10*	Код маркера	Результат исследования
6	Дабрафениб	C34, C43, C18, C19, C20	BRAF	Наличие мутаций в гене BRAF
7	Кобиметиниб	C43, C18, C19, C20	BRAF	Наличие мутаций в гене BRAF
8	Кризотиниб	C34	ALK или ROS1	Наличие транслокации в гене ALK или ROS1
9	Лапатиниб	C50, C18, C19, C20	HER2	Гиперэкспрессия/ амплификация белка HER2
10	Ленватиниб	C54, C55	MSI или dMMR	Отсутствие микросателлитной нестабильности или нарушений системы репарации ДНК
11	Олапариб	C25	BRCA	Наличие мутаций в генах BRCA
12	Олапариб	C50	BRCA и HER2	Наличие мутаций в генах BRCA и отсутствие гиперэкспрессии/амплификации белка HER2
13	Олапариб	C61	BRCA или HRR	Наличие мутаций в генах BRCA или Наличие мутаций в генах HRR
14	Осимертиниб	C34	EGFR	Наличие мутаций в гене EGFR
15	Палбоциклиб	C50	HER2	Отсутствие гиперэкспрессии/ амплификации белка HER2
16	Панитумумаб	C18, C19, C20	RAS и BRAF	Отсутствие мутаций в гене RAS и отсутствие мутаций в гене BRAF
17	Пертузумаб	C18, C19, C20, C50	HER2	Гиперэкспрессия/ амплификация белка HER2
18	Рибоциклиб	C50	HER2	Отсутствие гиперэкспрессии / амплификации белка HER2
19	Талазопариб	C50	BRCA и HER2	Наличие мутаций в генах BRCA и отсутствие гиперэкспрессии/амплификации белка HER2
20	Траметиниб	C34, C43, C18, C19, C20	BRAF	Наличие мутаций в гене BRAF
21	Трастузумаб	C07, C08, C15, C16, C18, C19, C50, C54	HER2	Гиперэкспрессия/ амплификация белка HER2
22	Трастузумаб эмтанзин	C50	HER2	Гиперэкспрессия/ амплификация белка HER2
23	Церитиниб	C34	ALK	Наличие транслокации в генах ALK
24	Цетуксимаб	C18, C19, C20	RAS и BRAF	Отсутствие мутаций в гене RAS и отсутствие мутаций в гене BRAF

* - назначение лекарственных препаратов в соответствии с клиническими рекомендациями при диагнозах, коды Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра которых не указаны в настоящей таблице, без проведения молекулярно-генетических исследований/иммуногистохимических исследований и наличия определенного результата не является основанием для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи.

6. Порядок оплаты законченного случая госпитализации по профилю «Медицинская реабилитация» в стационарных условиях

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по ШРМ в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации взрослых». При оценке 3 балла по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной соответствующими приказами Министерства. При оценке 4-5-6 баллов по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

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

Стоимость отдельных КСГ, предусматривающих проведение медицинской реабилитации, определена с учетом установления плановой длительности случая реабилитации. Случай реабилитации по КСГ по медицинской реабилитации, определенным подпунктом 9 пункта 3.2. данного Приложения, длительностью менее предусмотренного соответствующим классификационным критерием значения является прерванным и оплачивается в соответствии с порядком оплаты прерванных случаев (пункт 3.2. данного Приложения).

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

В целях учета случаев медицинской реабилитации с применением роботизированных систем и введением ботулинического токсина предусмотрены иные классификационные критерии, включающие, в том числе оценку по ШРМ и длительность лечения.

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

В рамках реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования оплата случаев медицинской реабилитации детей в медицинских организациях, которые в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации детей, утвержденным приказом Минздрава России от 23.10.2019 № 878н «Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации детей», отнесены к медицинским организациям четвертой группы (федеральные центры медицинской реабилитации для детей и федеральные медицинские организации,

оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь детям, имеющие в своей структуре отделение (центр) медицинской реабилитации для детей, осуществляющее медицинскую реабилитацию в стационарных условиях), с использованием КСГ st37.027-st37.029, осуществляется в следующем порядке.

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

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

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

7. Порядок оплаты стационарной медицинской помощи по перечню видов ВМП, оплачиваемой по нормативу финансовых затрат на единицу объема

Перечень видов ВМП, оплачиваемых в рамках базовой программы ОМС, определен Разделом I Приложения № 5 Территориальной программы ОМС.

Оплата стационарной помощи при оказании ВМП осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденных Приложением № 28 Тарифного соглашения.

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

Отнесение случая оказания медицинской помощи к ВМП осуществляется при соответствии наименования вида ВМП, кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе в рамках перечня видов ВМП, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения ВМП. Оплата ВМП, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Территориальной программой ОМС.

В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует перечню видов ВМП, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых

медицинских технологий.

8. Порядок оплаты законченного случая госпитализации для прохождения диспансеризации в стационарных условиях

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

Оплата диспансеризации маломобильных граждан, проводимой в стационарных условиях, осуществляется при условии обязательного выполнения 100 процентов объема первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, предусмотренной порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным Минздравом России, для соответствующего пола и возраста, а также второго этапа (при наличии показаний) по тарифам на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, устанавливаемым в соответствии с Приложением № 4 к Программе, в пределах объемов медицинской помощи, установленных в Территориальной программе ОМС.

В случае невыполнения в полном объеме приемов (осмотров), медицинских исследований и иных медицинских вмешательств в рамках I этапа в соответствии с Порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденного приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», указанный случай оказания медицинской помощи в случае его выставления по КСГ st36.049 следует отклонять от оплаты в полном объеме. При этом случай лечения по КСГ st36.049 может быть отнесен к прерванному в случаях, предусмотренных подпунктами 1, 2, 4, 5, 6 пункта 3.2. данного Приложения.

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