

## **Приложение № 6**

в редакции Дополнительного соглашения  
от 27.02.2026 № 2 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 условиях дневного стационара, в том числе прерванных случаев оказания медицинской помощи**

#### **1. Основные подходы к оплате медицинской помощи по КСГ**

При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях)), дневных стационарах при поликлинике, стационарах дневного пребывания при стационарах, а также стационарах на дому-применяются следующие способы оплаты:

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ заболеваний, группу ВМП), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по КСГ заболеваний, группе ВМП);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных Приложением № 9 к Территориальной программе ОМС, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по КСГ заболеваний, группе ВМП).

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

В качестве критериев группировки в данной модели КСГ используются:

- Диагноз (код по МКБ-10);
- Хирургическое 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 реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ); индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);
- Длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (видео-ЭЭГ-мониторинга);
- Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- Пол;
- Длительность лечения;
- Этап проведения ЭКО;
- Показания к применению лекарственного препарата;
- 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.

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

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.

В один срок лечения может быть предъявлено к оплате не более одной КСГ.

При переводе из круглосуточного стационара на долечивание в дневной стационар в пределах одной медицинской организации (одного юридического лица) оплате подлежит только одна КСГ, кроме профиля «Медицинская реабилитация».

## **2. Основные параметры оплаты медицинской стоимости по КСГ, определяющие стоимость законченного случая лечения**

2.1. Стоимость одного случая госпитализации в дневном стационаре (СС<sub>КСГ</sub>) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов, порядок их 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;
$KZ_{КСГ}$	коэффициент относительной затратоемкости 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 (Приложение № 29), в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

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

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

\* - 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 № 29 к Тарифному соглашению.

2.3. Коэффициент относительной затратоемкости определяется для каждой КСГ и установлен в соответствии с Приложением № 4 Программы (Приложение № 29 к Тарифному соглашению).

2.4. Коэффициенты уровня медицинской организации ( $КУС_{МО}$ ) в условиях дневного стационара установлены Приложением № 29.2 к Тарифному соглашению.

2.5. КСЛП, учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам, не установлен для случаев оказания медицинской помощи пациентам в условиях дневного стационара ( $КСЛП=0$ ), за исключением КСЛП на «Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)\*» в условиях дневного стационара: уровень 1 – 0,26; уровень 2 – 1,07; уровень 3 – 2,3.

\* - стоимость КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных

новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» в условиях дневного стационара определяется без учета коэффициента дифференциации субъекта Российской Федерации.

КСЛП в случае проведения сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых может быть применен в случае, если проведение сопроводительной терапии предусмотрено соответствующими клиническими рекомендациями в условиях дневного стационара по КСГ ds19.058-ds19.062, ds19.067- ds19.078, ds19.157 - ds19.180.

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

Таблица № 1

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	Деносуаб 1 день введения 120 мг	Установленный клиренс креатинина <59мл/мин на момент принятия решения о назначении препарата Деносуаб
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 антитимоцитарный 3 - 5 дней введения по 1,5 - 5 мг/кг	

2.6. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи по КСГ (КСксг) установлен для конкретной КСГ в Приложении № 29 к Тарифному соглашению.

2.7. В дневных стационарах учет фактического количества пациенто-дней осуществляется в следующем порядке:

- день поступления и день выписки считаются за два дня лечения, за исключением пребывания больного в дневном стационаре в течение одного календарного дня;

- при переводе больного из одного отделения дневного стационара в другое отделение дневного стационара дата окончания лечения в одном отделении не



должна соответствовать дате начала лечения в другом отделении;

- при переводе больного из круглосуточного стационара на долечивание в дневной стационар (и наоборот) дата госпитализации в дневной стационар не должна соответствовать дате выписки из круглосуточного стационара.

### **3. Особые случаи оплаты медицинской помощи по КСГ, оказываемой в условиях дневного стационара**

#### **3.1. Оплата лечения по двум и более КСГ**

Оплата лечения по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях:

1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках дневного стационара (в том числе в случае перевода из дневного стационара в круглосуточный), 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 правилам прерванности;

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

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

#### **3.2. Оплата прерванных случаев лечения**

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи при:

- 1) прерывании лечения по медицинским показаниям;
- 2) переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
- 3) изменении условий оказания медицинской помощи (перевод пациента с дневного стационара в круглосуточный стационар);
- 4) переводе пациента в другую медицинскую организацию;
- 5) преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;
- 6) смерти пациента (летальный исход);
- 7) оказании 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) законченных случаях лечения (не являющихся 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, приведенным в Приложении № 29 Тарифного соглашения;

9) проведении медицинской реабилитации по КСГ ds37.017, ds37.018, ds37.019, а также случаев лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020 - ds12.028 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 случая госпитализации 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 2-5 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 в Приложении № 29 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 № 29 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.

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.

В Приложении № 29.1 определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию.

Прерванные случаи лечения по КСГ, не входящим в перечень Приложения № 29.1, 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 – 25% 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 основаниям 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 Группировщиках при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии) схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 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 отдельных онкологических заболеваниях 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 Минздравом 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 № 2 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).

Таблица № 2

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
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



№ п/п	Наименование МНН	Код МКБ-10*	Код маркера	Результат исследования
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 случаев лечения в условиях дневного стационара по профилю «Медицинская реабилитация»

Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях дневного стационара.

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 2 балла по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 балла по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной соответствующими приказами Министерства.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит

оценка степени тяжести заболевания. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

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 (зарегистрировано в Минюсте России 23.12.2019 № 56954), 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 условиях дневного стационара), с использованием КСГ ds37.017-ds37.019 осуществляется в следующем порядке.

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

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

Случай медицинской реабилитации детей в вышеуказанных медицинских организациях 4 группы длительностью 11 дней и менее подлежит оплате по иным КСГ по профилю «медицинская реабилитация» за исключением КСГ ds37.017-ds37.019.