

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2  
к Программе государственных гарантий  
бесплатного оказания гражданам  
медицинской помощи на 2022 год  
и на плановый период 2023 и 2024 годов

**П Е Р Е Ч Е Н Ь**

**исследований и иных медицинских вмешательств,  
проводимых в рамках углубленной диспансеризации**

1. Первый этап углубленной диспансеризации, который проводится в целях выявления у граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19), признаков развития хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания (состояния) на втором этапе диспансеризации:

- а) измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое;
- б) тест с 6-минутной ходьбой (при исходной сатурации кислорода крови 95 процентов и больше в сочетании с наличием у гражданина жалоб на одышку, отеки, которые появились впервые или повысилась их интенсивность);
- в) проведение спирометрии или спирографии;
- г) общий (клинический) анализ крови развернутый;
- д) биохимический анализ крови (включая исследования уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови);
- е) определение концентрации Д-димера в крови у граждан, перенесших среднюю степень тяжести и выше новой коронавирусной инфекции (COVID-19);
- ж) проведение рентгенографии органов грудной клетки (если не выполнялась ранее в течение года);

з) прием (осмотр) врачом-терапевтом (участковым терапевтом, врачом общей практики).

2. Второй этап диспансеризации, который проводится по результатам первого этапа в целях дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния):

а) проведение эхокардиографии (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой);

б) проведение компьютерной томографии легких (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой);

в) дуплексное сканирование вен нижних конечностей (при наличии показаний по результатам определения концентрации Д-димера в крови).

---

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3  
к Программе государственных гарантий  
бесплатного оказания гражданам  
медицинской помощи на 2022 год  
и на плановый период 2023 и 2024 годов

**П О Л О Ж Е Н И Е**

**об установлении тарифов на оплату специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляет Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования**

1. Настоящее Положение определяет порядок установления тарифов на оплату специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляет Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования (далее соответственно - федеральная медицинская организация, тариф на оплату медицинской помощи).

2. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются по видам медицинской помощи соответствующего профиля медицинской помощи, оказываемой федеральной медицинской организацией при заболеваниях, состояниях (группах заболеваний, состояний), перечни которых предусмотрены приложениями № 1 и 4 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2021 г. № 2505 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов" (далее - Программа).

3. Тариф на оплату j-й медицинской помощи (за исключением медицинской помощи, оплачиваемой по отдельным группам заболеваний,

состояний, доли заработной платы и прочих расходов в составе норматива финансовых затрат которой предусмотрены приложением № 4 к Программе, и высокотехнологичной медицинской помощи), оказываемой *i*-й федеральной медицинской организацией в *z*-х условиях (стационарных условиях или условиях дневного стационара) ( $T_{ijz}$ ), определяется по формуле:

$$T_{ijz} = \text{НФЗ}_z \times \text{КБС}_z \times \text{КД}_i \times (\text{КЗ}_{jz} \times \text{КС}_{ij} + \text{КСЛП}),$$

где:

$\text{НФЗ}_z$  - средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в *z*-х условиях, оказываемой федеральными медицинскими организациями, предусмотренный приложением № 7 к Программе;

$\text{КБС}_z$  - коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в *z*-х условиях к базовой ставке, исключаяющей влияние применяемых коэффициентов относительной затратноёмкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации и коэффициента сложности лечения пациентов, принимающий значение 0,35 - для стационара и 0,32 - для дневного стационара;

$\text{КД}_i$  - коэффициент дифференциации, устанавливаемый:

для субъекта Российской Федерации, на территории которого расположена *i*-я федеральная медицинская организация, используемый при распределении субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, в соответствии с методикой распределения субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 "О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам

территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования";

для территории оказания медицинской помощи (в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации);

$KZ_{jz}$  - коэффициент относительной затратно-емкости оказания  $j$ -й медицинской помощи в  $z$ -х условиях, значение которого принимается в соответствии с приложением № 4 к Программе (далее - коэффициент относительной затратно-емкости);

$KC_{ij}$  - коэффициент специфики оказания  $j$ -й медицинской помощи  $i$ -й федеральной медицинской организацией, значение которого принимается в соответствии с пунктом 5 настоящего Положения;

$KCLP$  - коэффициент сложности лечения пациента, значение которого принимается в соответствии с пунктом 6 настоящего Положения.

4. Тариф на оплату  $j_{LT}$ -й медицинской помощи, оказываемой  $i$ -й федеральной медицинской организацией в  $z$ -х условиях по отдельным группам заболеваний, состояний, доли заработной платы и прочих расходов в составе норматива финансовых затрат которых установлены приложением № 4 к Программе ( $T_{ij_{LT}z}$ ), определяется по формуле:

$$T_{ij_{LT}z} = НФЗ_z \times КБС_z \times KZ_{j_{LT}z} \times ((1 - D_{3П_{j_{LT}z}}) + D_{3П_{j_{LT}z}} \times КД_i \times KC_{ij_{LT}}) + \\ + НФЗ_z \times КБС_z \times КД_i \times KCLP,$$

где:

$KZ_{j_{LT}z}$  - коэффициент относительной затратно-емкости оказания  $j_{LT}$ -й медицинской помощи в  $z$ -х условиях, значение которого принимается в соответствии с приложением № 4 к Программе;

$D_{3П_{j_{LT}z}}$  - доля заработной платы и прочих расходов в составе норматива финансовых затрат на оказание  $j_{LT}$ -й медицинской помощи в  $z$ -х условиях по отдельным группам заболеваний, состояний, доли заработной платы и прочих расходов в составе норматива финансовых затрат которых предусмотрены приложением № 4 к Программе, значение которой принимается в соответствии с приложением № 4 к Программе;

$KC_{ij_{LT}}$  - коэффициент специфики оказания  $j_{LT}$ -й медицинской помощи  $i$ -й федеральной медицинской организацией, значение которого принимается в соответствии с пунктом 5 настоящего Положения.

5. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи федеральными медицинскими организациями в зависимости от значения коэффициента относительной затратоемкости, территориального расположения и основного вида деятельности федеральной медицинской организации принимает следующие значения:

а) 1,4 - при значении коэффициента относительной затратоемкости, равном 2 и более, а для медицинских организаций, подведомственных Управлению делами Президента Российской Федерации, - при значении коэффициента относительной затратоемкости, равном 1,7 и более;

б) 1,2 - при значении коэффициента относительной затратоемкости менее 2 и расположении федеральной медицинской организации на территории закрытого административно-территориального образования;

в) 1:

при значении коэффициента относительной затратоемкости менее 2 и отсутствии на территории субъекта Российской Федерации (муниципального района, городского округа) иных медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь, при проведении медицинской реабилитации, для образовательных организаций высшего образования, осуществляющих оказание медицинской помощи, а для медицинских организаций, подведомственных Управлению делами Президента Российской Федерации, - при значении коэффициента относительной затратоемкости менее 1,7;

при определении тарифа на оплату медицинской помощи в стационарных условиях по следующим заболеваниям, состояниям (группам заболеваний, состояний):

7 группа - послеродовой сепсис;

40 группа - операции на мужских половых органах, дети (уровень 4);

44 группа - операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4);

45 группа - операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5);

46 группа - операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6);

96 группа - неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2);

- 117 группа - операции на периферической нервной системе (уровень 2);
- 118 группа - операции на периферической нервной системе (уровень 3);
- 214 группа - замена речевого процессора;
- 219 группа - операции на органе зрения (уровень 5);
- 220 группа - операции на органе зрения (уровень 6);
- 267 группа - операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3);
- 268 группа - операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4);
- 280 группа - операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4);
- 281 группа - операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5);
- 289 группа - операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3);
- 290 группа - операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4);
- 296 группа - операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6);
- 306 группа - операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2);
- 319 группа - операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4);
- 325 группа - операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3);
- 357 группа - комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина;
- 366 группа - установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов;
- 368 группа - реинфузия аутокрови;
- 369 группа - баллонная внутриаортальная контрпульсация;
- 370 группа - экстракорпоральная мембранная оксигенация;
- 376 группа - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1);

377 группа - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2);

378 группа - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3);

382 группа - медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (6 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации);

г) 0,8 - для случаев, не указанных в подпунктах "а" - "в" настоящего пункта.

б. Коэффициент сложности лечения пациента в зависимости от особенностей оказания медицинской помощи принимает следующие значения:

а) при предоставлении спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний), за исключением случая, указанного в подпункте "б" настоящего пункта, - 0,2;

б) при предоставлении спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний), получающих медицинскую помощь по профилю "Детская онкология" и (или) "Гематология", - 0,6;

в) при оказании медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра и за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки - 0,2;

г) при развертывании индивидуального поста - 0,2;

д) при наличии у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации, - 0,6;

е) при проведении сочетанных хирургических вмешательств или проведении однотипных операций на парных органах в зависимости от сложности вмешательств или операций:

уровень 1 - 0,05;

уровень 2 - 0,47;

уровень 3 - 1,16;

уровень 4 - 2,07;

уровень 5 - 3,49;

ж) для случаев, не указанных в подпунктах "а" - "е" настоящего пункта, - 0.



7. Тарифы на оплату медицинской помощи, определенные в соответствии с пунктами 3 и 4 настоящего Положения, при прерывании случая оказания медицинской помощи уменьшаются:

- а) на 70 процентов - при длительности лечения до 3 дней;
- б) на 50 процентов - при длительности лечения от 3 до 5 дней;
- в) на 20 процентов - при длительности лечения более 5 дней.

8. Медицинская помощь, оказываемая пациентам одновременно по 2 и более группам заболеваний, состояний, оплачивается по соответствующим тарифам на оплату медицинской помощи (с проведением Федеральным фондом обязательного медицинского страхования последующей экспертизы качества медицинской помощи) в следующих случаях:

а) возникновение (наличие) нового заболевания или состояния (заболеваний или состояний), входящего в другой класс Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-го пересмотра), и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания;

б) дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 и более дней с последующим родоразрешением;

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

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

д) этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающих выписку пациента из стационара;

е) проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

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

- з) проведение диализа;

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

к) проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

9. Тариф на оплату  $j$ -й высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой  $i$ -й федеральной медицинской организацией ( $T_{ВМП_{ij}}$ ), определяется по формуле:

$$T_{ВМП_{ij}} = НФЗ_{ВМП_{ij}} \times ((1 - Д_{ЗП_j}) + Д_{ЗП_j} \times КД_i),$$

где:

$НФЗ_{ВМП_{ij}}$  - норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления  $j$ -й высокотехнологичной медицинской помощи, значения которого принимаются в соответствии с разделом I приложения № 1 к Программе;

$Д_{ЗП_j}$  - доля заработной платы в составе норматива финансовых затрат на оказание  $j$ -й высокотехнологичной медицинской помощи, значение которой принимается в соответствии с приложением № 1 к Программе.

---