ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
НА ТЕРРИТОРИИ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ
НА 2026 ГОД

г. Иваново 12.01.2026 года

Департамент здравоохранения Ивановской области, в лице исполняющего обязанности директора Департамента здравоохранения Ивановской области Серёдкиной М.В., территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ивановской области, в лице Директора Березиной И.Г., страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ивановской области, в лице директора Ивановского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Новикова А.В., Ассоциация врачей Ивановской области, в лице председателя Волкова И.Е., Ивановская областная организация профессионального союза работников здравоохранения РФ, в лице председателя Вацуро Г.В., именуемые в дальнейшем «Стороны», руководствуясь статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», заключили настоящее Тарифное соглашение о нижеследующем:

1. Общие положения

1.1. Тарифное соглашение разработано и заключено в соответствии с:

Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» (далее – Программа);

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации

от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения»;

иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Ивановской области, регулирующими правоотношения по предмету настоящего Тарифного соглашения.

1.2. Предметом настоящего Тарифного соглашения является установление способов и условий оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ивановской области (далее – ТПОМС), размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи, размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

1.3. Тарифное соглашение регулирует правоотношения, возникающие между участниками обязательного медицинского страхования при реализации ТПОМС.

1.4. Для целей настоящего Тарифного соглашения используются следующие основные понятия и термины.

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

Базовая ставка финансирования медицинской помощи в стационаре – средний объем финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, оплачиваемой на основе КСГ, в расчете на одного пролеченного пациента, определенный с учетом норматива финансового обеспечения, установленного ТПОМС (без учета поправочных коэффициентов, применяемых при оплате по КСГ).

Базовая ставка финансирования медицинской помощи в дневном стационаре – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в расчете на одного пролеченного пациента, определенный с учетом норматива финансового обеспечения, установленного ТПОМС (без учета поправочных коэффициентов, применяемых при оплате по КСГ).

Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях – объем финансирования первичной медико-санитарной помощи по видам, финансовое обеспечение которых

осуществляется по подушевому нормативу, в расчете на одно застрахованное в Ивановской области лицо.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи – объем финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в расчете на одно застрахованное в Ивановской области лицо.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи – ежемесячный объем финансирования конкретной медицинской организации в расчете на одно прикрепившееся застрахованное лицо.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи – ежемесячный объем финансирования станции (отделения) скорой медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в зоне обслуживания.

Законченный случай лечения в стационаре (дневном стационаре) - совокупность медицинских услуг, оказанных пациенту от даты поступления до даты выбытия, в соответствии с порядками и/или на основе стандартов оказания медицинской помощи с целью профилактики, медицинской реабилитации, диагностики и лечения заболеваний (в том числе выполнения хирургических операций) и состояний (включая беременность, роды и послеродовый период).

Законченный случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях – совокупность посещений и медицинских услуг, предоставляемых пациенту при его обращении в медицинскую организацию, при котором цель обращения за медицинской помощью достигнута.

Посещение с профилактической и иной целью – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (включая посещения, связанные с профилактическими мероприятиями, в том числе посещения центров здоровья, посещения среднего медицинского персонала, а также разовые посещения в связи с заболеваниями, а также посещения центров амбулаторной онкологической помощи).

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

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

Оплата медицинской помощи по КСГ – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратоемкости и поправочных коэффициентов.

Поправочные коэффициенты – устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации.

Коэффициент относительной затратоемкости (КЗ) – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке).

Коэффициент специфики – коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе.

Коэффициент уровня медицинской организации – коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинской организации в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и условиях дневного стационара.

Коэффициент подуровня медицинской организации – коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами.

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

Оплата медицинской помощи за услугу – оплата при оказании услуги в амбулаторных условиях строго в соответствии с перечнем услуг.

Коэффициент дифференциации подушевого норматива – коэффициент, учитывающий различия в затратах медицинских организаций на оказание медицинской помощи прикрепленным лицам.

Медицинские организации, имеющие прикрепленное население - медицинские организации, участвующие в реализации ТПОМС и имеющие прикрепленных по территориально-участковому принципу либо по выбору застрахованных по ОМС лиц, оплата медицинской помощи которым осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу на прикрепившихся лиц.

Медицинские организации, не имеющие прикрепленного населения – медицинские организации, участвующие в реализации ТПОМС, организационная

структура которых не предусматривает наличие территориально-участкового принципа обслуживания населения.

Прерванный случай оказания медицинской помощи – случай оказания медицинской помощи в условиях стационара и/или дневного стационара при прерывании лечения по медицинским показаниям, переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменении условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

Прикрепленные застрахованные – застрахованные лица, включенные в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц, прикрепленные к медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.

Подушевое финансирование – способ оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, при котором объем финансирования медицинских организаций зависит от численности прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц и размера дифференцированного подушевого норматива финансирования.

Тарифы на оплату медицинской помощи в системе ОМС – система ставок, определяющих размер оплаты за единицу объема медицинской помощи (обращение, законченный случай лечения, посещение, вызов скорой медицинской помощи, услуга), на основе подушевого норматива финансирования на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц, и состав компенсируемых расходов МО по оказанию медицинской помощи, предусмотренной территориальной Программой ОМС.

Условная единица трудоемкости (УЕТ) – норматив времени, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме, необходимого для лечения среднего кариеса (1 класс по Блэку).

Установленный объем медицинской помощи – годовой объем медицинской помощи по условиям ее оказания, выраженный в единицах объема (вызов, посещение, обращение, случай госпитализации в условиях стационара, случай лечения в условиях дневного стационара) и объем финансового обеспечения, установленный для медицинской организации решением Комиссии

по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия).

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

Понятия **«обязательное медицинское страхование»** (ОМС), **«базовая программа обязательного медицинского страхования»** (базовая программа ОМС), **«территориальная программа обязательного медицинского страхования», «страховая медицинская организация»** (СМО), **«медицинская организация»** (МО), **«застрахованное лицо»** применительно к настоящему Тарифному соглашению используются в значении, определенном Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

2. Способы оплаты медицинской помощи

2.1. Применяемые способы оплаты медицинской помощи.

2.1.1. Оплата медицинской помощи, оказанной МО, участвующими в реализации ТПОМС, осуществляется на основании договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, за фактически оказанную медицинскую помощь в пределах годовых объемов оказания и финансового обеспечения медицинской помощи по условиям ее оказания, установленных решением Комиссии и распределенных между МО и СМО, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

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

1) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной

томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды сцинтиграфических исследований (далее - ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, посещений с профилактическими целями центров здоровья, (центров медицины здорового долголетия включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний, дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями и финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

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

- медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

- медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

- медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе

по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

- отдельных диагностических (лабораторных) исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С);

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

- посещений с профилактическими целями центров здоровья, включая диспансерное наблюдение;

- дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом;

- диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и (или) обучающихся в образовательных организациях;

- медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета;

- медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

2.1.3. 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:

- за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (за исключением случаев, когда в соответствии с ТПОМС для оплаты случаев

госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний).

- за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 7 к Программе и приложении № 1 к настоящему Тарифному соглашению, 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.

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

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

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его

письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением № 7 к Программе и приложением № 1 к настоящему Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний).

2.1.5. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) применяются следующие способы оплаты:

- по подушевому нормативу финансирования;

- за единицу объема медицинской помощи – за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц и медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц, при применении услуги А11.12.003.002).

2.2. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи.

2.2.1. При оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Финансовое обеспечение первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц, осуществляется по подушевому нормативу финансирования, за исключением медицинской помощи, финансируемой по нормативам, установленным ТПОМС.

Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, в том числе первичной доврачебной, первичной врачебной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, организованной по территориально-участковому принципу, в соответствии с установленными единицами объема (посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием), за исключением средств на оплату:

- отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований,

молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С);

- медицинской помощи в неотложной форме;

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

- диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;

- диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и (или) обучающихся в образовательных организациях;

- второго этапа диспансеризации, в том числе: углубленной диспансеризации; диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

- медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

- медицинской помощи, оказываемой в центрах амбулаторной онкологической помощи;

- медицинской помощи, оказываемой в центрах здоровья (первичное и повторное посещение, а так же ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе для больных с сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан), впервые обратившимся гражданам в отчетном году для проведения комплексного обследования, и обратившимся для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья, а также гражданам, направленным медицинской организацией по месту прикрепления, медицинскими работниками образовательных организаций;

- комплексного посещения школ с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом;

- комплексного исследования для диагностики фоновых и предраковых заболеваний репродуктивных органов у женщины;

- комплексного посещения в сочетании с медицинской услугой;

- услуг диализа, оказываемых в амбулаторных условиях;

- фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов;

- медицинской помощи, оказываемой МО, не имеющими прикрепленного населения;

- медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

- медицинских услуг в рамках сверхбазовой программы ОМС: проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушения развития ребенка у беременных женщин, проведение неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому) на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями, за исключением расходов на оплату телемедицинских консультаций маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, а также жителям отдаленных и малонаселенных районов, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения, проведение медицинским психологом консультирования ветеранов боевых действий, его (ее) супруг(а), а также супруг(а) участника специальной военной операции, пропавшего без вести, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования. Возможно также установление отдельных тарифов на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в целях проведения взаиморасчетов между медицинскими организациями, в том числе для оплаты медицинских услуг референс-центров.

По медицинским показаниям и в соответствии с клиническими рекомендациями медицинские работники медицинских организаций, расположенных в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, организовывают проведение консультации с использованием дистанционных (телемедицинских) технологий с последующим внесением соответствующей информации о проведении и результатах такой консультации в медицинскую документацию пациента.

В случае оказания медицинской помощи фельдшерскими здравпунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами женщинам репродуктивного возраста, но при отсутствии в указанных пунктах акушеров полномочия по работе с такими женщинами осуществляются фельдшером или медицинской сестрой (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем) (в фельдшерских здравпунктах или фельдшерско-акушерских пунктах, обслуживающих от 101 до 900 жителей). Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения.

Тестирование на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов), учитывается в нормативе объема обращения в связи с заболеванием в рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери)) осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, при наличии медицинских показаний в сроки, установленные Программой.

Направление на диагностическое исследование оформляется в соответствии с Правилами проведения рентгенологических исследований, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.06.2020 № 560н и должно содержать наименование анатомической области и (или) органа (органов), подлежащих обследованию в рамках одного исследования, а также вид и цель необходимого рентгенологического исследования.

Объем проведенного исследования должен соответствовать виду и цели рентгенологического исследования, указанного в направлении.

Направление на диагностическое исследование оформляется как посещение с профилактической и иной целью, в качестве результата оказания медицинской помощи указывается «Направлен на обследование».

В случае выявления по результатам исследований отклонения от нормы в качестве сопутствующего диагноза указывается один из диагнозов класса XVIII МКБ-10:

R84 - R89 – Отклонения от нормы, выявленные при исследовании препаратов,

R90 - R93 – Отклонения от нормы, выявленные при получении диагностических изображений в ходе исследования,

R94 – Отклонения от нормы, выявленные при проведении функциональных исследований.

В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях, утвержденному приказом Минздрава России от 19.02.2021 № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях», Методическими рекомендациями по структуре и наполнению разделов Порядка маршрутизации пациентов с подозрением на онкологические заболевания и пациентов с онкологическими заболеваниями в рамках реализации ТПОМС, пациенты с подозрением на онкологические заболевания (наличие клинических, лабораторных и/или инструментальных данных, которые позволяют предположить наличие онкологического заболевания и/или не позволяют его исключить) направляются врачами-терапевтами, врачами по медицинской профилактике центров здоровья, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами, фельдшерами к врачу-онкологу (врачу-гематологу) с учетом маршрутизации и указанием кода МКБ-10 D37-D48 «Новообразования неопределенного или неизвестного характера» и Z03.1 «Наблюдение при подозрении на злокачественную опухоль» с обязательной отметкой в реестре счетов «Признак подозрения на злокачественное новообразование».

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-онкологом, которым организуется выполнение диагностических и лабораторных исследований, необходимых для установления диагноза, включая распространенность онкологического процесса и стадию заболевания. В реестре счетов, при подтверждении диагноза злокачественное новообразование, врачом-онкологом осуществляется отметка «Впервые выявленное хроническое». Установление диагноза злокачественного новообразования врачом, не

оказывающим специализированную медицинскую помощь по профилю «онкология», не допускается.

В случаях возникновения острого или обострения хронического заболевания у пациентов со злокачественным новообразованием, требующего оказания медицинской помощи по иным профилям, указывается диагноз, по которому была оказана медицинская помощь с учетом порядков оказания медицинской помощи, стандартов и клинических рекомендаций, диагноз злокачественного новообразования указывается как сопутствующий.

Тариф на патолого-анатомические исследования с целью выявления онкологических заболеваний представляет собой стоимость одного случая прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала вне зависимости от количества стекол.

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 14.04.2025 № 211н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, учетной формы № 030-ПО/у «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего», порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения N 030-ПО/о «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних», порядка ее заполнения», от 14.04.2025 № 212н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, учетной формы № 030/У-Д/С, порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения № 030/О-Д/С, порядка ее заполнения».

Проведение углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин планируется и учитывается в объеме и стоимости профилактических мероприятий.

Медицинские организации, в том числе федеральные медицинские организации, имеющие прикрепленный контингент, в соответствии с порядком направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке, формируют перечень граждан, подлежащих углубленной диспансеризации, и направляют в территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ивановской области (далее – ТФОМС). ТФОМС

доводит указанные перечни до СМО, в которой застрахованы граждане, подлежащие углубленной диспансеризации.

Единицей измерения первого этапа углубленной диспансеризации является комплексное посещение, включающее в себя перечень исследований в соответствии с приложением № 5 к Программе.

Медицинские организации организуют прохождение углубленной диспансеризации гражданином исходя из выполнения всех исследований и иных медицинских вмешательств первого этапа углубленной диспансеризации в соответствии с пунктом 1 приложения № 5 к Программе с учетом показаний.

По результатам углубленной диспансеризации в случае выявления хронических неинфекционных заболеваний, в том числе связанных с перенесенной коронавирусной инфекцией (COVID-19), гражданин в установленном порядке направляется на дополнительные обследования и ставится на диспансерное наблюдение.

При этом проведение углубленной диспансеризации не зависит от факта прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров или диспансеризации.

При необходимости для проведения медицинских исследований в рамках прохождения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной, могут привлекаться медицинские работники медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях.

Для женщин и мужчин репродуктивного возраста поэтапно в зависимости от возрастных групп одновременно с прохождением профилактического осмотра или диспансеризации организуется проведение диспансеризации, направленной на оценку их репродуктивного здоровья, включающей в себя перечень исследований в соответствии с приложением № 6 к Программе.

Единицей измерения первого этапа диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин является комплексное посещение.

Медицинские организации организуют прохождение диспансеризации, для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин исходя из выполнения всех исследований и иных медицинских вмешательств первого этапа диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин в соответствии с пунктом 2 приложения № 6 к Программе с учетом показаний.

Диспансеризация взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья проводится в целях выявления у граждан признаков заболеваний или состояний, которые могут негативно повлиять на беременность и последующее течение беременности, родов и послеродового периода репродуктивного, а также факторов риска их развития.

Первый этап диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья включает:

а) у женщин:

- прием (осмотр) врачом акушером-гинекологом;
- пальпация молочных желез;
- осмотр шейки матки в зеркалах с забором материала на исследование;
- микроскопическое исследование влагалищных мазков;
- у женщин в возрасте 21 – 49 лет один раз в пять лет - определение ДНК вирусов папилломы человека (Papilloma virus) высокого канцерогенного риска в отделяемом (соскобе) из цервикального канала методом полимеразной цепной реакции. Жидкостное цитологическое исследование микропрепарата шейки матки при положительном результате анализа на ВПЧ;
- у женщин в возрасте 18 - 29 лет проведение лабораторных исследований мазков в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции;

б) у мужчин:

- прием (осмотр) врачом-урологом (при его отсутствии врачом-хирургом, прошедшим подготовку по вопросам репродуктивного здоровья у мужчин).

Второй этап диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья проводится по результатам первого этапа в целях дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и при наличии показаний включает:

а) у женщин:

- в возрасте 30 - 49 лет проведение лабораторных исследований мазков в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции;
- ультразвуковое исследование органов малого таза в начале или середине менструального цикла;
- ультразвуковое исследование молочных желез;
- повторный прием (осмотр) врачом акушером-гинекологом;

б) у мужчин:

- спермограмму;
- микроскопическое исследование микрофлоры или проведение лабораторных исследований в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции;
- ультразвуковое исследование предстательной железы и органов мошонки;
- повторный прием (осмотр) врачом-урологом (при его отсутствии

врачом-хирургом, прошедшим подготовку по вопросам репродуктивного здоровья у мужчин).

При невозможности проведения всех исследований в медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, для проведения указанных исследований медицинским работником такой организации осуществляется забор материала для исследования и его направление в установленном порядке в иную медицинскую организацию, в том числе федеральную медицинскую организацию. В случае отсутствия в медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, врача акушера-гинеколога, врача-уролога (врача-хирурга, прошедшего подготовку по вопросам репродуктивного здоровья) такая медицинская организация привлекает к проведению диспансеризации соответствующих врачей иных медицинских организаций (в том числе на основе выездных форм их работы), путем заключения договоров, предусмотренных Гражданским кодексом Российской Федерации.

При проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации могут учитываться результаты ранее проведенных (не позднее одного года) медицинских осмотров и диспансеризации, подтвержденные медицинскими документами гражданина, за исключением случаев выявления у него симптомов и синдромов заболеваний, свидетельствующих о наличии медицинских показаний для повторного проведения исследований и иных медицинских мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации.

В случае выявления у гражданина в течение одного года после прохождения диспансеризации заболевания, которое могло быть выявлено на диспансеризации, СМО проводит по этому случаю диспансеризации медико-экономическую экспертизу, а при необходимости – экспертизу качества медицинской помощи в порядке, установленном Минздравом России.

Финансовое обеспечение диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».

В случае осуществления диспансерного наблюдения за пациентом, имеющего несколько хронических заболеваний, входящих в один класс МКБ-10, оплате подлежит одно комплексное посещение по диспансерному наблюдению.

При проведении медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, в том числе на дому (третий этап) оплате подлежат комплексные посещения, включающие набор необходимых консультаций специалистов, проведение методов реабилитации, определенных индивидуальными программами реабилитации. Комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем 10–12 посещений. При этом по решению лечащего врача, консультация отдельных специалистов в рамках комплексного посещения может осуществляться, в том числе с использованием телемедицинских технологий (1-2 посещения), за исключением первого приема врача физической и реабилитационной медицины.

Оплате как комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях при наличии не менее 2-х посещений врача физической и реабилитационной медицины.

Медицинской реабилитации в амбулаторных условиях подлежат пациенты с оценкой состояния пациента по ШРМ (1-3 балла), имеющие заболевания (профили заболевания), по поводу которого проводится медицинская реабилитация (медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы, при кардиологических заболеваниях, при заболеваниях опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы, после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), при других соматических заболеваниях), а так же дети.

Деятельность школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом осуществляется в соответствии Приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», Правилами организации деятельности кабинета «Школа для пациентов с сахарным диабетом», утвержденными приказом Минздрава России от 13.03.2023 № 104н. Оплата медицинской помощи в рамках школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом производится за единицу объема – комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по базовой и сверхбазовой ТПОМС, с учетом уровней организации медицинской помощи и способов оплаты и перечень медицинских организаций, оказывающих стоматологическую медицинскую помощь с учетом

уровня оказания медицинской помощи, приведены в приложении № 2 к настоящему Тарифному соглашению.

Среднее количество условных единиц трудоемкости (далее – УЕТ) в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, соответствует среднему количеству УЕТ, утвержденному в приложении № 3 к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – Рекомендации).

За одну условную единицу трудоемкости (УЕТ) принимают 10 минут. При этом для учета случаев лечения обязательно используется следующее правило: один визит пациента является одним посещением. При пятидневной рабочей неделе врач ежедневно выполняет 38,5 УЕТ. Количество УЕТ должно соответствовать времени приема пациента.

2.2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях).

Оплата производится за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи) согласно приложению № 4 к Программе и разделу I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, установленного приложением № 1 к Программе (перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащий, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи приведен в приложении № 3 к настоящему Тарифному соглашению), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

Оплата за прерванный случай госпитализации осуществляется:

1) при прерывании лечения по медицинским показаниям;

2) при прерывании лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;

3) при изменении условий оказания медицинской помощи (перевод пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);

4) при переводе пациента в другую медицинскую организацию;

5) при прерывании лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;

6) при лечении, закончившимся смертью пациента (летальным исходом);

7) при 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) за законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в пунктах 1-7 данного перечня) 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 приложения № 1 к настоящему Тарифному соглашению;

9) за случаи медицинской реабилитации по КСГ с длительностью лечения менее количества дней, установленных классификационными критериями.

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/лечения 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.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, 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.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 70% от стоимости КСГ.

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, представлен в приложении № 4 к настоящему Тарифному соглашению.

В рамках сверхбазовой программы ОМС производится оплата за 1 койко-

день по паллиативной медицинской помощи.

Медицинская помощь, оказываемая пациентам одновременно по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях:

а) перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (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;

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

в) 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;

г) этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

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

е) 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 и 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;

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

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

и) проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами;

к) в случае длительности госпитализации при лекарственной терапии пациентов со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей более 30 дней.

Выставление случая только по КСГ st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)», без основной КСГ, а также выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)» с пересекающимися сроками лечения не допускается.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях круглосуточного стационара производится за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи, с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основании клинических рекомендаций.

Тарифы на услуги диализа в стационарных условиях, включающие различные методы, приведены в приложении № 5 к настоящему Тарифному соглашению. При этом учитываются услуги, выполненные пациенту в течение всего периода его нахождения в круглосуточном стационаре.

В период лечения в круглосуточном стационаре пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

В случае если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

При выполнении услуг диализа при сепсисе, септическом шоке, полиорганной недостаточности, печеночной недостаточности, острых отравлениях, остром некротическом панкреатите, остром рабдомиолизе и других миоглобинурических синдромах, парапротеинемических гемобластозах,

жизнеугрожающих обострениях аутоиммунных заболеваний используют тарифы приложения № 5 для осуществления дополнительной оплаты услуг к стоимости КСГ.

При проведении исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции, на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов), МО в процессе оказания медицинской помощи в стационарных условиях, в случае наличия у пациента признаков острого простудного заболевания неясной этиологии и при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп, оплата таких исследований осуществляется за законченный случай госпитализации по соответствующей клинико-статистической группе с учетом затрат на проведение исследований на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа, при оформлении соответствующей медицинской документации.

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

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

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

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

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

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

соответствует тяжелой недостаточности.

Градации оценок по шкале SOFA:

Оценка	Показатель	0 балл	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Дыхание	PaO2/FiO2, мм рт.ст.	≥ 400	< 400	< 300	< 200	< 100
Сердечно-Сосудистая Система	Среднее АД, мм рт.ст. или вазопрессоры, мкг/кг/мин	≥ 70	< 70	Дофамин < 5 или добутамин (любая доза)	Дофамин 5-15 или адреналин < 0,1 норадреналин < 0.1	Дофамин >15 или адреналин > 0,1 или норадреналин > 0,1
Коагуляция	Тромбоциты, 10 3/мкл	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Печень	Билирубин, ммоль/л, мг/дл	< 20 < 1,2	20-32 1.2–1.9	33-101 2.0–5.9	102-201 6.0–11.9	>204 ≥ 12.0
Почки	Креатинин, мкмоль/л, мг/дл	<110 <1,2	110-170 1,2-1,9	171-299 2,0-3,4	300-440 3,5-4,9	>440 >4,9
ЦНС	Шкала Глазго, баллы	15	13-14	10-12	6-9	<6

Примечания:

- Дисфункция каждого органа оценивается отдельно в динамике.
- PaO2 в mm Hg и FIO2 в % 0.21 – 1.00.
- Адренергические препараты назначены как минимум на 1 час в дозе мкг на кг в минуту.
- Среднее АД в mm Hg =

= ((систолическое АД в mm Hg) + (2 * (диастолическое АД в mm Hg))) / 3.

- 0 баллов – норма; 4 балла – наибольшее отклонение от нормального значения
- Общий балл SOFA = Сумма баллов всех 6 параметров.

Интерпретация:

- минимальный общий балл: 0
- максимальный общий балл: 24
- чем выше балл, тем больше дисфункция органа.
- чем больше общий балл, тем сильнее мультиорганная дисфункция.

Шкала комы Глазго, используемая для оценки дисфункции центральной нервной системы, представлена ниже:

Клинический признак	**Балл**
Открывание глаз:	
Отсутствует	1

в ответ на болевой стимул	2
в ответ на обращенную речь	3
произвольное	4
Вербальный ответ:	
Отсутствует	1
нечленораздельные звуки	2
неадекватные слова или выражения	3
спутанная, дезориентированная речь	4
ориентированный ответ	5
Двигательный ответ:	
Отсутствует	1
тоническое разгибание конечности в ответ на болевой стимул (децеребрация)	2
тоническое сгибание конечности в ответ на болевой стимул (декортикация)	3
отдергивание конечности в ответ на болевой стимул	4
целенаправленная реакция на болевой стимул	5
выполнение команд	6

Примечания:
- 15 баллов – сознание ясное.
- 10-14 баллов – умеренное и глубокое оглушение.
- 9-10 баллов – сопор.
- 7-8 баллов – кома 1-й степени.
- 5-6 баллов – кома 2-й степени.
- 3-4 балла – кома 3-й степени.

Для оценки состояния пациентов младше 18 лет используется модифицированная шкала pSOFA:

Оценка	**Показатель**	**Баллы[a]**				
		0 балл	**1 балл**	**2 балла**	**3 балла**	**4 балла**
Дыхание	PaO_2/FiO_2[b], мм рт.ст.	≥400	300-399	200-299	100-199 с респираторной поддержкой	<100 с респираторной поддержкой
	или SpO_2/FiO_2[c]	≥ 292	264-291	221-264	148-220 с респираторной поддержкой	<148 с респираторной поддержкой
Сердечно-сосудистая система	Среднее АД соответственно возрастной группе или инфузия вазоактивных препаратов, мм рт.ст. или мкг/кг/минб					

Оценка	Показатель	Баллы[a]				
		0 балл	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
	< 1 мес. жизни	≥46	<46	Допамин гидрохлорид ≤ 5 или добутамин гидрохлорид (любой из препаратов)	Допамин гидрохлорид > 5 или эпинефрин ≤ 0.1 или норэпинефрин битартрат ≤ 0.1	Допамин гидрохлорид > 15 или эпинефрин > 0.1 или норэпинефрин битартрат > 0.1
	1 – 11 мес.	≥55	<55			
	12 – 23 мес.	≥60	<60			
	24 – 59 мес.	≥62	<62			
	60 – 143 мес.	≥65	<65			
	144 – 216 мес.[d]	≥67	<67			
Коагуляция	Тромбоциты, 10^3/мкл	≥150	100-149	50-99	20-49	<20
Печень	Билирубин, мг/дл	<1.2	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.9	>12.0
Почки	Креатинин соответственно возрастной группе, мг/дл					
	< 1 мес. жизни	<0.8	0.8-0.9	1.1-1.0	1.2-1.5	≥1.6
	1 – 11 мес.	<0.3	0.3-0.4	0.5-0.7	0.8-1.1	≥1.2
	12 – 23 мес.	<0.4	0.4-0.5	0.6-1.0	1.1-1.4	≥1.5
	24 – 59 мес.	<0.6	0.6-0.8	0.9-1.5	1.6-2.2	≥2.3
	60 – 143 мес.	<0.7	0.7-1.0	1.1-1.7	1.8-2.5	≥2.6
	144 – 216 мес.[e]	<1.0	1.0-1.6	1.7-2.8	2.9-4.1	≥4.2
ЦНС	Шкала Глазго, Баллы[f]	15	13-14	10-12	6-9	<6

Примечания:

a – Оценка по шкале pSOFA производится каждые 24 часа. За 24-период берется худшее значение каждой из переменных для всех 6 систем органов. Если в течение 24-периода какая-либо из переменных не регистрировалась, то считается, что ее значение было 0 баллов, т.е. нормальное. Оценка по шкале pSOFA достигается суммированием оценок по 6 системам органов (от 0 до 24 баллов). Чем выше итоговое значение в баллах, тем хуже прогноз.

b – PaO_2 измеряется в миллиметрах ртутного столба.

c – в расчете используется значение SpO_2 97% и ниже.

d – Среднее артериальное давление (САД, миллиметры ртутного столба) в случаях измерения имеет бальные оценки 0 или 1; в случаях назначения вазопрессорных медикаментов (измеряются в микрограммах на 1 килограмм массы тела в минуту) присваиваются бальные значения 2 или 4. Учитывается период назначение

вазопрессоров как минимум в течение 1 часа.

e – Точкой отсечения является возраст пациентов старше 18 лет (216 месяцев жизни), когда должна использоваться оригинальная шкала SOFA.

f – Расчет производился по педиатрической модификации Шкалы Комы Глазго.

Модификация шкалы комы Глазго, используемой для оценки дисфункции центральной нервной системы у детей, представлена ниже:

	Старше 1 года	**Младше 1 года**	**Оценка**
Открывание глаз	Спонтанное	Спонтанное	4
	На вербальную команду	На окрик	3
	На боль	На боль	2
	Нет реакции	Нет реакции	1
Двигательный ответ	Правильно выполняет команду	Спонтанный	6
	Локализует боль	Локализует боль	5
	Сгибание-отдергивание	Сгибание-отдергивание	4
	Патологическое сгибание (декортикационная ригидность)	Патологическое сгибание (декортикационная ригидность)	3
	Разгибание (децеребрационная ригидность)	Разгибание (децеребрационная ригидность)	2
	Нет реакции	Нет реакции	1
Вербальный ответ	**Старше 5 лет**	**От 2 до 5 лет**	**0-23 месяца**	
	Ориентирован	Осмысленные слова и фразы	Гулит/улыбается	5
	Дезориентирован	Бессмысленные слова	Плач	4
	Бессмысленные слова	Продолжающийся плач и крик	Продолжающийся неадекватный плач или крик	3
	Нечленораздельные звуки	Стоны (хрюканье)	Стоны, ажитация, беспокойство	2
	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует	1

Оплата случаев оказания медицинской помощи по профилю «Онкология» при назначении, по решению консилиума врачей, таргетной противоопухолевой терапии в соответствии с клиническими рекомендациями производится при наличии информации о молекулярно-генетическом исследовании/ иммуногистохимическом исследовании, проведенном до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии, которая должна быть внесена в

«Диагностический блок» в «Сведения о случае лечения онкологического заболевания».

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях по базовой и сверхбазовой ТПОМС с учетом уровня организации медицинской помощи и способов оплаты, включая ВМП и медицинские услуги, приведен в приложении № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

2.2.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

Оплата производится за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний) согласно приложению № 4 к Программе, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний).

Оплата за прерванный случай лечения осуществляется:

1) при прерывании лечения по медицинским показаниям;

2) при прерывании лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;

3) при изменении условий оказания медицинской помощи (перевод пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);

4) при переводе пациента в другую медицинскую организацию;

5) при прерывании лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;

6) при лечении, закончившимся смертью пациента (летальным исходом);

7) при 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) за законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в пунктах 1-7 данного перечня) 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 № 30 к настоящему Тарифному соглашению;

9) за случаи лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020 - ds12.027 с длительностью лечения менее количества дней,

установленных классификационными критериями;

10) за случай медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» с длительностью лечения менее количества дней, установленных классификационными критериями.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, 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.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее– 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 70% от стоимости КСГ.

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, представлен в приложении № 4 к настоящему Тарифному соглашению.

Оплата случаев оказания медицинской помощи по профилю «Онкология» при назначении, по решению консилиума врачей, таргетной противоопухолевой терапии в соответствии с клиническими рекомендациями производится при наличии информации о молекулярно-генетическом исследовании/ иммуногистохимическом исследовании, проведенном до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии, которая должна быть внесена в «Диагностический блок» в «Сведения о случае лечения онкологического заболевания».

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, в том числе по профилю «Медицинская реабилитация» и процедуре «Экстракорпорального оплодотворения» в условиях дневного стационара с учетом уровня организации медицинской помощи и способов оплаты, приведен в приложении № 7 к настоящему Тарифному соглашению.

СМО проводят экспертизу качества всех случаев экстракорпорального оплодотворения, осуществленных в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, включая оценку его эффективности (факт наступления беременности). Результаты экспертиз направляются СМО в территориальный фонд обязательного медицинского страхования и рассматриваются на заседаниях Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования при решении вопросов о распределении медицинским организациям объемов медицинской помощи по экстракорпоральному оплодотворению.

2.2.4. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации).

Вызов скорой медицинской помощи при проведении услуги А11.12.003.002 не включен в подушевой норматив финансирования и оплачивается по тарифу за единицу объема медицинской помощи.

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

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации по базовой ТПОМС с учетом уровней организации медицинской помощи и способов оплаты, приведен в приложении № 8 к настоящему Тарифному соглашению.

2.2.5. Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий включается:

- в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи (за исключением расходов на оплату телемедицинских консультаций, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикреплённого населения);

- в тариф комплексного посещения по медицинской реабилитации в амбулаторных условиях;

- в тариф за медицинскую услугу, посещение обращение (законченный случай) на телемедицинские технологии для медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения;

- в стоимость законченного случая лечения, рассчитанного на основе КСГ.

Межучрежденческие расчеты при дистанционном взаимодействии медицинских работников при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, осуществляемой МО преимущественно 1-го и 2-го уровня (имеющими прикрепленное население) производятся через страховую медицинскую организацию.

Порядок организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий определен приказом Департамента здравоохранения Ивановской области.

2.2.6. 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 и специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь могут быть оказаны в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь детям по профилю «детская онкология», в случаях и при соблюдении условий, которые установлены порядком оказания медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.2.7. Ветеранам боевых действий, указанным в абзацах втором и третьем подпункта «в» пункта 2 Указа Президента Российской Федерации от 03.04.2023 № 232 «О создании Государственного фонда поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества» (далее - участники специальной военной операции) оказание медицинской помощи в рамках Программы осуществляется во внеочередном порядке.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных Законом Ивановской области от 15.12.2025 № 84 - ОЗ «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Ивановской области на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» в части финансового обеспечения ТПОМС с учетом федеральных нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и федеральных нормативов объемов медицинской помощи, установленных Программой.

3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Минздрава России от 21.08.2025 № 496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правилами ОМС), и другими нормативными правовыми актами и включают в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом,

оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, которые детализируются в соответствии с порядком, устанавливаемым в соответствии со статьями 18, 23.1 и 165 Бюджетного кодекса Российской Федерации, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырехсот тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации, не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

В структуру тарифа на оплату ВМП включаются расходы на приобретение основных средств вне зависимости от их стоимости.

3.2.1. Тарифы на оплату медицинской помощи и размеры подушевого финансирования медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию формируются в соответствии с принятыми в нормативных правовых актах способами оплаты медицинской помощи.

Перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования амбулаторной помощи и расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи, приведен в приложении № 9 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2.2. В рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе III Программы, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения, за счет средств ОМС осуществляется финансовое обеспечение:

- первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь (профилактические медицинские осмотры, диспансеризация, углубленная диспансеризация, диспансеризация взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья), включая транспортные расходы мобильных медицинских бригад, консультирование медицинским психологом по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования (ветеранов боевых действий, его (ее) супруг(а), а также супруг(а) участника специальной военной операции, пропавшего без вести, лиц,

состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период), диспансерное наблюдение, дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом, вакцинация для профилактики пневмококковых инфекций у лиц старше 65 лет, проведение аудиологического скрининга по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования;

- скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной эвакуации);

- специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, включенная в раздел I приложения № 1 к Программе, в стационарных условиях и условиях дневного стационара, в том числе больным с онкологическими заболеваниями, больным с гепатитом С в соответствии с клиническими рекомендациями, а также применение вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая предоставление лекарственных препаратов в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- мероприятий по медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях амбулаторно, в стационарных условиях и условиях дневного стационара;

- 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 обязательного медицинского страхования, в указанных медицинских организациях (за исключением умерших в хосписах и больницах сестринского ухода);

- медицинской помощи в случае выявления заболевания, включенного в базовую программу ОМС, в рамках проведения обязательных диагностических исследований при постановке граждан на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении договора об обучении на военной кафедре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки офицеров

запаса, программе военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу (в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, входящим в базовую программу ОМС).

Финансовое обеспечение медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной службе осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и не включено в средние нормативы, установленные ТПОМС.

3.3. Тарифы на оплату медицинской помощи в одной МО являются едиными для всех СМО, находящихся на территории Ивановской области, оплачивающих медицинскую помощь в рамках ТПОМС.

Размер тарифа на оплату медицинской помощи устанавливается дифференцированно для МО в зависимости от уровня (подуровня) медицинской организации, структурного подразделения.

Коэффициенты уровней оказания медицинской помощи приведены в приложении № 10 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4. Оплата медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках ТПОМС:

3.4.1. Размеры базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, составляют:

- в неотложной форме – 1050,7 рублей;

- при обращении по заболеванию – 2064,7 рубля:

консультация с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой - 379,9 рублей;

консультация с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями - 336,3 рублей.

- посещения в рамках проведения профилактических медицинских осмотров – 2 611,1 рубля;

- посещения в рамках проведения диспансеризации – 3 123,0 рубля;

- для проведения углубленной диспансеризации – 2 349,6 рублей;

- диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин – 1 934,5 рубля;

- посещения с иными целями – 440,2 рублей;

- диспансерное наблюдение – 3 113,5 рублей;

- посещения с профилактическими целями центров здоровья – 3 225,9 рублей;

- обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по

профилю «медицинская реабилитация» – 27 169,8 рубля;

- на проведение диагностических (лабораторных) исследований:

компьютерной томографии – 3 438,9 рублей;

магнитно-резонансной томографии – 4 695,5 рублей;

ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы – 741,8 рубль;

эндоскопического диагностического исследования – 1 360,2 рублей;

молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний – 10 693,2 рубля;

патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 2 637,1 рублей;

ПЭТ-КТ при онкологических заболеваниях – 35 414,4 рублей;

ОФЭКТ/КТ – 4 859,6 рублей;

неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) – 14 510,5 рублей;

определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР - 1102,3 рубля;

лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа ВГС) - 1954,2 ркбля;

школа для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями – 960,8 рублей.

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования установлены с учетом в том числе расходов, связанных с использованием систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке) (при проведении маммографии, рентгенографии или флюорографии грудной клетки, компьютерной томографии органов грудной клетки), в соответствии с порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.4.2. Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях.

3.4.2.1. Тарифы на одно посещение с профилактическими и иными целями, при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках базовой ТПОМС указаны в приложении № 11 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.2. Тарифы на одно посещение в сочетании с медицинской услугой в амбулаторных условиях в рамках базовой ТПОМС указаны в приложении № 12 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.3. Тарифы на консультацию с применением телемедицинских

технологий в рамках базовой ТПОМС указаны в приложении № 13 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.4. Тарифы на одно обращение по поводу заболевания, при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках базовой ТПОМС указаны в приложении № 14 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.5. Тарифы на комплексное посещение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях в рамках базовой ТПОМС, в том числе при оказании медицинской помощи на дому указаны в приложении № 15 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.6. Тарифы на комплексное посещение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом – приложение № 16 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.7. Тарифы на одно посещение в неотложной форме при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках базовой ТПОМС указаны в приложении № 17 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.8. Перечень медицинских услуг и соответствующих им тарифов на медицинские услуги для самостоятельных расчетов с медицинскими организациями государственной системы здравоохранения Ивановской области, а также для межучрежденческих расчетов, в том числе с применением искусственного интеллекта – приложение № 18 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.9. Тарифы на проведение I этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе при оказании медицинской помощи мобильными бригадами и в выходные дни, тарифы на проведение I этапа диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в том числе при оказании медицинской помощи мобильными бригадами и в выходные дни – приложение № 19 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.10. Тарифы на проведение I и II этапов диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе при оказании медицинской помощи мобильными бригадами и в выходные дни – приложение № 20 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.11. Тарифы на проведение углубленной диспансеризации, включающей исследования и медицинские вмешательства, гражданам, переболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) – приложение № 21 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.12. Тарифы на проведение диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста для оценки репродуктивного здоровья (включающие исследования и медицинские вмешательства I и II этапов) – приложение № 22 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.13. Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров взрослого населения, в том числе при оказании медицинской помощи мобильными бригадами и в выходные дни – приложение № 23 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.14. Тарифы на комплексное посещение для проведения диспансерного наблюдения, в том числе при оказании медицинской помощи мобильными бригадами и в выходные дни – приложение № 24 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.15. Тарифы на проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, в том числе при оказании медицинской помощи мобильными бригадами и в выходные дни – приложение № 25 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.16. Тарифы для оплаты стоматологической медицинской помощи с учетом уровня оказания медицинской помощи – приложение № 26 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.17. Тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях – приложение № 27 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.18. Тарифы на оплату медицинских услуг, при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках сверх базовой ТП ОМС, установлены в приложении № 28 к настоящему Тарифному соглашению и применяются за исключением межтерриториальных расчетов. Расчет тарифов, указанных в приложении № 28 к настоящему Тарифному соглашению, на оплату услуг по проведению пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин; пренатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, определяется соотношением суммы межбюджетного трансферта и утвержденных в план-задании объемов.

3.4.2.19. Тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях с применением искусственного интеллекта – приложение № 29 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.3. Расчет подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях,

определен с учетом Рекомендаций и отдельных положений Программы.

Перечень медицинских организаций и их подразделений, для которых применяется коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала приведен в приложении № 30 к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов медицинских организаций приведен в приложении № 31 к настоящему Тарифному соглашению.

Для фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих менее 100 жителей, установлен базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов в размере 460,1 тыс. руб., путем применения понижающего поправочного коэффициента 0,3 к размеру финансового обеспечения фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 800 жителей.

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов.

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности:

- на 2026 год – 1% от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

Средства распределяются по решению Комиссии. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, при выполнении территориальной программы обязательного медицинского страхования в части первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи представлены в приложении № 32 к настоящему Тарифному соглашению.

Мониторинг достижения целевых значений показателей результативности деятельности медицинских организаций проводится Комиссией ежеквартально. Оценка результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с целью осуществления выплат стимулирующего характера производится Комиссией по итогам года (за декабрь 2025 – ноябрь 2026).

Значения коэффициента половозрастного состава для медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу в амбулаторных условиях, приведены в приложении № 33 к настоящему Тарифному соглашению.

Половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения установлены в размере:

1) женщины:

- до года = 1,465;
- год – четыре года = 3,024;
- пять – семнадцать лет = 1,985;
- восемнадцать – шестьдесят четыре года = 0,800;
- шестьдесят пять лет и старше = 1,6.

2) мужчины:

- до года = 1,481;
- год – четыре года = 3,147;
- пять – семнадцать лет = 1,936;
- восемнадцать – шестьдесят четыре года = 0,453;
- шестьдесят пять лет и старше = 1,6.

Размеры дифференцированных подушевых нормативов финансирования амбулаторной медицинской помощи приведены в приложении № 33 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5. Оплата медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях:

3.5.1. Тарифы на оплату медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара. Перечень КСГ и тарифы на 1 случай госпитализации по КСГ в стационарных условиях по базовой ТПОМС с учетом уровней организации медицинской помощи, приведены в приложении № 33 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5.1.1. Тарифы на оплату 1 койко-дня по паллиативной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях в отделениях паллиативной помощи и отделениях сестринского ухода в рамках сверх базовой ТПОМС, за исключением межтерриториальных расчетов, – приложение № 28 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5.1.2. Расходы на койки по уходу за ребенком при оказании паллиативной медицинской помощи включены в общий тариф на койко-день.

3.5.2. При предоставлении в соответствии с законодательством Российской Федерации одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю права на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях стоимость оказанной ребенку медицинской помощи включает расходы на содержание одного из родителей, иного члена семьи или

иного законного представителя с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний, и финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования по видам медицинской помощи и заболеваниям, включенным в ТПОМС, путем применения коэффициента сложности лечения пациента.

Оплата отдельных, редко встречающихся, затратных случаев оказания медицинской помощи, с проведением однотипных операций на парных органах и сочетанных хирургических вмешательств, а также проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых осуществляется с применением коэффициента сложности лечения пациента.

Размер коэффициента сложности лечения пациента приведен в приложении № 35 к настоящему Тарифному соглашению.

Значение коэффициента сложности лечения пациента применяется к размеру базовой ставки.

Коэффициент сложности лечения пациента не применяется при оплате высокотехнологичной медицинской помощи.

Коэффициент сложности лечения пациента «проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (грипп, COVID-19) в период госпитализации» не может применяться при оплате случаев лечения по КСГ st12.012 «Грипп, вирус гриппа идентифицирован» и КСГst12.015-st12.019, используемых для оплаты случаев лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19.

3.5.3. Перечень КСГ, используемый в стационарных условиях, к которым применяется уровневый коэффициент, равный единице независимо от уровня организации медицинской помощи, указан в приложении № 36 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5.4. Перечень КСГ, к которым применяется коэффициент специфики в стационарных условиях (независимо от уровня организации медицинской помощи), указан в приложении № 37 к настоящему Тарифному соглашению.

К КСГ, начинающихся с символов st19 и ds19 (профиль «Онкология»), а также st08 и ds08 (профиль «Детская онкология»), коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1).

3.5.5. При направлении застрахованного лица в другую медицинскую организацию для проведения позитронно-эмиссионной компьютерной томографии медицинской организацией, оказывающей ему медицинскую помощь в стационарных условиях и не имеющей возможности проведения позитронно-эмиссионной компьютерной томографии, случай данной диагностики учитывается в рамках отдельного законченного случая при включении исследования в соответствующие клинические рекомендации (порядок оказания медицинской

помощи, стандарт медицинской помощи), как консультацию – при отсутствии в клинических рекомендациях (порядке оказания медицинской помощи, стандарте медицинской помощи).

3.6. Оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, осуществляется по тарифу законченного случая лечения.

3.6.1. Перечень КСГ и тарифы на 1 случай лечения по КСГ в условиях дневного стационара, по базовой ТПОМС с учетом уровней организации медицинской помощи, приведены в приложении № 38 к настоящему Тарифному соглашению.

3.6.2. Перечень КСГ, к которым применяется коэффициент специфики, независимо от уровня организации медицинской помощи в условиях дневного стационара, указан в приложении № 39 к настоящему Тарифному соглашению.

3.7. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) в рамках ТПОМС:

3.7.1. Размер базового норматива финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за вызов скорой медицинской помощи, составляет 4 292,90 рубля.

3.7.2. Тарифы на 1 вызов скорой медицинской помощи вне медицинской организации по уровням организации медицинской помощи в рамках базовой ТПОМС приведены в приложении № 40 к настоящему Тарифному соглашению.

3.7.3. Расчет подушевого норматива производится с учетом Рекомендаций и отдельных положений Программы.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорую (специализированную) медицинскую помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

- расходов на оплату экстренных вызовов, специализированных экстренных консультативных бригад в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения;
- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь лицам, застрахованным за пределами Ивановской области;
- расходов на вызов скорой медицинской помощи с проведением услуги А11.12.003.002.

Значения коэффициентов половозрастного состава обслуживаемого населения скорой медицинской помощи, уровня расходов медицинских организаций, коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения, коэффициента дифференциации для всех медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу приведены в приложении № 41 к настоящему Тарифному соглашению.

Половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения установлены в размере:

1) женщины:

- до года = 1,782834;
- год – четыре года = 1,84993;
- пять – семнадцать лет = 0,55808;
- восемнадцать – шестьдесят четыре года = 0,71510;
- шестьдесят пять лет и старше = 2,05531.

2) мужчины:

- до года = 2,54843
- год – четыре года = 2,10693
- пять – семнадцать лет = 0,59116
- восемнадцать – шестьдесят четыре года = 0,68772
- шестьдесят пять лет и старше = 1,77505

Размеры дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи приведены в приложении № 41 к настоящему Тарифному соглашению.

3.8. Комиссией вне зависимости от применяемого способа оплаты устанавливаются единые базовые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, применяемые при межучрежденческих расчетах (осуществляются МО и СМО в соответствии с Тарифным соглашением) и межтерриториальных расчетах (осуществляются ТФОМС).

3.9. Расчеты между МО при предоставлении застрахованным прикрепленным лицам медицинской помощи в других медицинских организациях осуществляются страховыми медицинскими организациями в месяц предъявления счета к оплате по тарифу в размере 100% тарифа, действующего на дату оказания медицинской помощи соответствующего врача-специалиста.

Межучрежденческим расчетам подлежит медицинская помощь, оказываемая МО:

1) финансируемыми по подушевому нормативу:

- в амбулаторных условиях в части оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, гражданам, прикрепленным к другой медицинской

организации Ивановской области;

- скорой медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема.

2) финансируемыми по тарифу:

- в амбулаторных условиях;

- в стационарных условиях;

- в условиях дневного стационара.

Межучрежденческие расчеты осуществляются с использованием двух моделей организации оплаты:

- через СМО (по тарифам для проведения межучрежденческих, в том числе межтерриториальных, расчетов, установленных тарифным соглашением);

- в рамках Договоров.

При возникновении отрицательных значений в медицинской организации в связи с проведением межучрежденческих расчетов СМО производит удержание образовавшейся задолженности за счет оплаты медицинской помощи, оказанной в других условиях, имеющихся в медицинской организации (за исключением сверхбазовой ТПОМС).

3.10. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам МО, находящимися вне территории Ивановской области, в которой выдан полис ОМС застрахованного лица, осуществляется по видам, включенным в базовую программу ОМС, по способам оплаты и тарифам, действующим на территории оказания медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи по видам, включенным в базовую программу ОМС, оказанной МО Ивановской области, застрахованным лицам, находящимся вне территории страхования, производится по тарифу за единицу объема медицинской помощи.

Для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации по месту нахождения медицинской организации, и оказывающих медицинскую помощь в рамках участия в реализации территориальной программы другого субъекта Российской Федерации (далее - второй субъект Российской Федерации), при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, полис обязательного медицинского страхования которым выдан во втором субъекте Российской Федерации, применяются тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленные в тарифном соглашении другого субъекта Российской Федерации для данной медицинской организации.

3.11. Оплата паллиативной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, пренатальной (дородовой) диагностики нарушений

развития ребенка у беременных женщин; неонатального скрининга на 5наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, осуществляется за счет и в пределах средств межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджета Ивановской области в бюджет ТФОМС, лицам, зарегистрированным и застрахованным на территории Ивановской области, в пределах объемов, утвержденных планом-заданием на год с учетом поквартальной разбивки и ежемесячного финансового обеспечения.

Для расчетов по сверхбазовой программе при изменении межбюджетного трансферта, передаваемого из областного бюджета в бюджет ТФОМС и (или) объемов медицинской помощи, влекущих изменение тарифов, оплата счетов осуществляется по тарифам, действующим на дату завершения оказания медицинской помощи.

3.12. Счета на оплату медицинской помощи, в том числе паллиативной медицинской помощи, пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин; неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций за 2025 год не подлежат оплате в реестрах счетов за 2026 год за исключением случаев, по которым проведены контрольно-экспертные мероприятия и приняты решения об обоснованности повторного предоставления и случаев, отклоненных на этапе медико-экономического контроля в предыдущий период по любым причинам, за исключением превышения объемов медицинской помощи и финансовых средств, распределенных медицинским организациям решением Комиссии, в сроки установленные Правилами ОМС.

3.13. Тарифы по ОМС не включают расходы:

- на транспортировку пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места их фактического проживания до места получения медицинской помощи методами диализа и обратно;

- на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 400 тысяч рублей за единицу (за исключением тарифов на высокотехнологичную медицинскую помощь). Допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у

медицинской организации, не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования;

- проведение капитального ремонта и изготовление проектно-сметной документации для его проведения;

- по оказанию медицинской помощи по видам и расходам, финансовое обеспечение которых осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и Ивановской области за счет средств бюджетов всех уровней или других источников.

При определении соответствующих направлений расходования финансовых средств следует руководствоваться Указаниями о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденными приказом Министерства финансов Российской Федерации от 29.11.2017 № 209н «Об утверждении порядка применения классификации операций сектора государственного управления», Классификацией основных средств, включаемых в амортизационные группы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 01.01.2002 № 1 и Общероссийским классификатором основных фондов ОК 013-2014, принятым и введенным в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 12.12.2014 № 2018-ст.

СМО и МО ведут раздельный аналитический учет поступления и расходования средств ОМС в рамках базовой и сверхбазовой программы, а так же по условиям оказания медицинской помощи.

3.14. МО, оказывающие несколько видов медицинской помощи, не вправе перераспределять средства обязательного медицинского страхования, предназначенные для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, и использовать их на предоставление других видов медицинской помощи.

3.15. Расходование средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой и сверхбазовой программы, несоответствующее полностью или частично целям, определенным настоящим Соглашением, является нецелевым использованием средств ОМС. При установлении фактов нецелевого использования МО обязаны возвратить эти средства в бюджет ТФОМС Ивановской области.

3.16. ТФОМС Ивановской области осуществляет контроль целевого использования средств обязательного медицинского страхования.

3.17. Оплата медицинской помощи производится ежемесячно в размере, не превышающем 1/12 объемов предоставления медицинской помощи, с учетом ранее не выполненных объемов, в разрезе видов и условий оказания медицинской помощи и в размере до 1/12 финансовых средств, распределенных между МО на 2025 год и утвержденных Комиссией. Исходя из фактического выполнения

объемов медицинской помощи с учетом уровня заболеваемости и потребности МО плановые показатели на месяц могут быть отличными от расчетной 1/12 на отчетный год.

4. Перечень оснований и размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

4.1. Перечень оснований и размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, приведены в приложении № 42 к настоящему Тарифному соглашению.

Подушевые нормативы финансирования, используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе условий оказания медицинской помощи, установленные в соответствии с территориальной программой ОМС:

- при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам – 8 631,70 рубль;
- при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по профилю «Медицинская реабилитация» – 92,30 рубля;
- при оплате скорой медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам – 1 331,20 рубль;
- при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам – 9 841,1 рубль;
- при оказании медицинской помощи в стационарных условиях по профилю «Медицинская реабилитация» – 339,40 рублей;
- при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара, в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам – 2 262,1 рубля;
- при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара по профилю «Медицинская реабилитация» – 95,00 рублей;
- при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, в рамках сверхбазовой программы ОМС застрахованным лицам – 258,90 рублей;

- при оказании медицинских услуг, в рамках сверхбазовой программы ОМС застрахованным лицам – 17,90 рублей.

Указанные подушевые нормативы финансирования, применяются для расчета размера штрафных санкций в зависимости от условий, в которых фактически была оказана медицинская помощь, независимо от способа оплаты медицинской помощи.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящее Тарифное соглашение заключается на один финансовый год и распространяет свое действие на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной с 01.01.2026 по 31.12.2026 до полного исполнения обязательств.

5.2. Изменения и дополнения к настоящему Тарифному соглашению могут вноситься только в письменном виде, путем заключения дополнительных соглашений к нему в том же порядке, в котором заключено настоящее Тарифное соглашение.

Подписи Сторон:

от Департамента здравоохранения Ивановской области	от территориального фонда обязательного медицинского страхования Ивановской области	от страховых медицинских организаций
М.В.Серёдкина	И.Г. Березина	А.В. Новиков
от медицинских профессиональных некоммерческих организаций		от профессиональных союзов медицинских работников
И.Е.Волков		Г.В. Вацуро