

**Тарифное соглашение по оплате медицинской помощи
в сфере обязательного медицинского страхования
Курганской области на 2026 год**

г. Курган

30.01.2026

Раздел I. Общие положения

1. На основании части 2 статьи 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановления Правительства Курганской области от 13 марта 2012 года № 71 «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Курганской области» (далее – комиссия) следующие представители сторон, включенные в состав комиссии

от Департамента здравоохранения Курганской области:

Островских Елена Викторовна – директор Департамента здравоохранения Курганской области;

от Территориального фонда обязательного медицинского страхования Курганской области (далее – ТФ ОМС Курганской области):

Кобзарь Оксана Николаевна - заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Курганской области по финансово-экономическим вопросам;

от страховых медицинских организаций:

Кондратьева Татьяна Николаевна – заместитель директора АО «АСТРАМЕД-МС» (СМК) ФИЛИАЛ В КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ;

от медицинских профессиональных некоммерческих организаций, созданных в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

Чернов Владимир Федорович - председатель Курганской областной общественной организации «Ассоциация медицинских работников Курганской области»;

от профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций):

Мухтяева Галина Феликсовна - председатель Курганской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, именуемые в дальнейшем «Стороны», действующие в соответствии с:

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

- Федеральным законом от 29.11.2010г. № 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 Минздрава России от 21.08.2025 N 496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС);

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017г. № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее – Номенклатура);

- Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, от __.2026 №__ одобренных решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по актуализации методологических подходов к оплате медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Методические рекомендации);

- приказом Минздрава России от 13.03.2021 г. № 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»;

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

- Законом Курганской области от 24.12.2025 №72 «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Курганской области на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов»;

- постановлением Правительства Курганской области от 13.03.2012г. № 71 «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Курганской области»;

- Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Курганской области медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов, утвержденной постановлением Правительства Курганской области от _____ № ____ (далее – Территориальная программа);

- другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Курганской области,

заключили настоящее Тарифное соглашение по оплате медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования Курганской области на 2026 год (далее - Тарифное соглашение) о нижеследующем.

2. Предметом Тарифного соглашения являются согласованные Сторонами тарифы по обязательному медицинскому страхованию на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи в Курганской области, размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, направления расходования средств, а также прочие положения по оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам медицинскими организациями, имеющими право на осуществление медицинской деятельности и включенными в соответствии со статьей 15 Федерального закона от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ) в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Курганской области (далее – медицинские организации), в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, утвержденной Территориальной программой (далее – программа ОМС).

3. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона № 326-ФЗ, по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования, на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи.

4. Оплате за счет средств обязательного медицинского страхования подлежит объем предоставления медицинской помощи застрахованным гражданам на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов и финансового обеспечения, установленных решением комиссии, в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС.

В случае превышения объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, распределенных медицинской организации решением комиссии, медицинская организация обязана обратиться в комиссию с предложением о перераспределении объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи.

5. Оплата медицинской помощи страховыми медицинскими организациями и ТФ ОМС Курганской области производится с учётом результатов контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, осуществляемого в соответствии с порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 13.03.2021 г. № 231н.

Раздел II. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Курганской области

6. На территории Курганской области применяются способы оплаты медицинской помощи, установленные программой ОМС. Установленные способы оплаты являются едиными для всех медицинских организаций, участвующих в реализации программы ОМС.

Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Курганской области, применяемые при реализации Территориальной программы ОМС:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

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 скintiграфических 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;

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 взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, 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;

медицинских услуг (медицинских вмешательств), входящих в комплексное посещение по профилактическим осмотрам, диспансеризации, диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья, диспансерному наблюдению, в случае, когда часть медицинских услуг (медицинских вмешательств) проведена и оплачена в рамках иных случаев оказания медицинской помощи (включая иные виды медицинских осмотров, случаи госпитализации в стационарных условиях и случаи лечения в условиях дневного стационара);

дистанционного наблюдения 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;

медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе школ сахарного диабета и школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (далее - госпитализация), в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

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 территориальной программой государственных гарантий 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 случаях 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 N 8 Программы, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа, а также за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний;

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

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

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 N 8 к Программе, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

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):

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).

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, посещений центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

7. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

Для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, при оказании медицинской помощи прикрепленному населению по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц осуществляется финансовое обеспечение:

- первичной доврачебной медико-санитарной помощи, оказываемой фельдшерами и другими медицинскими работниками со средним профессиональным медицинским образованием, в том числе оказываемой с использованием мобильных медицинских комплексов (мобильный ФАП);

- первичной врачебной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами), в том числе оказываемой с использованием мобильных медицинских комплексов (мобильный ФАП);

- первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-специалистами медицинских организаций.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает финансовые средства на оплату собственной деятельности медицинских организаций (по видам медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках подушевого финансирования), а также средства на оплату внешних услуг, оказанных прикрепленным к данной медицинской организации застрахованным лицам в иных медицинских организациях-исполнителях (за единицу объема медицинской помощи).

Расчеты между медицинскими организациями осуществляются страховыми медицинскими организациями.

Доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке устанавливается в размере 2,5% от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций проводится комиссией 1 раз в квартал. Показатели результативности деятельности установлены приложением 2.3 к Тарифному соглашению. Порядок расчета значений показателей результативности, а также порядок осуществления выплат медицинским организациями осуществляется в соответствии с порядком, установленным Методическими рекомендациями (приложение 2.3.1 и 2.3.2 Тарифного соглашения).

Для всех медицинских организаций при оказании медицинской помощи гражданам, не прикрепленным к медицинской организации, финансовое обеспечение осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), комплексное посещение.

Оплата неотложной медицинской помощи производится по тарифам за законченный случай, исходя из стоимости посещения.

Оплата медицинской помощи, оказанной по специальности «акушерство и гинекология», производится по тарифам за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

Оплата медицинской помощи, оказанной по специальности «стоматология», «ортодонтия», производится по тарифам за законченный случай, исходя из стоимости УЕТ. Классификатор основных медицинских услуг при оказании стоматологической медицинской помощи представлен в приложении 2.7 к настоящему Тарифному соглашению.

При пересчете УЕТ в посещения используется переводной коэффициент – 4,0, в обращения – 9,4.

Тарифы за посещение и обращение включают расходы на посещение врача соответствующей специальности (среднего медицинского работника, ведущего самостоятельный прием) и расходы вспомогательных лечебно-диагностических подразделений на проведение необходимых диагностических исследований и лечебных процедур, за исключением услуг, на которые данным Тарифным соглашением установлены отдельные тарифы.

Оплата медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», производится по тарифам за комплексное посещение (законченный случай).

Оплата диспансерного наблюдения, отдельных категорий граждан из числа взрослого населения осуществляемого в соответствии с приказами Минздрава России от 15.03.2022 №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» и от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями», включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, в том числе в центрах здоровья (центрах медицины здорового долголетия) производится по тарифам за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай).

Оплата диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях предъявленная медицинскими организациями в реестрах за январь 2026 года производится за комплексное посещение (законченный случай).

Оплата диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, производится по тарифам за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай).

Оплата диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме предъявленная медицинскими организациями в реестрах за январь 2026 года производится за комплексное посещение (законченный случай).

Оплата дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом производится по тарифам за комплексное посещение (законченный случай за 1 месяц дистанционного наблюдения).

Оплата медицинской помощи в центрах здоровья (центрах медицины здорового долголетия) производится по дифференцированным тарифам с учетом этапности обследования и объема проводимых исследований, включенных в соответствующие программы исследований, за комплексное посещение (законченный случай).

Оплата медицинской помощи в центрах здоровья предъявленная медицинскими организациями в реестрах за январь 2026 года производится за комплексное посещение (законченный случай).

Оплата углубленной диспансеризации, диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, производится за комплексное посещение (законченный случай) с учетом стоимости единицы объема медицинской помощи (за медицинскую услугу, посещение).

Оплата 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, производится за консультацию (законченный случай).

Финансовое обеспечение медицинской помощи с применением телемедицинских и (или) 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 осуществляется по подушевому нормативу финансирования.

Расчеты между медицинскими организациями осуществляются страховыми медицинскими организациями.

Финансовое обеспечение медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, и при проведении телемедицинских консультаций маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, а также жителям отдаленных и малонаселенных районов, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения осуществляется вне подушевого норматива финансирования, за единицу помощи.

Оплата доабортного консультирования беременных женщин, включая консультацию психолога, в целях профилактики прерывания беременности, осуществляемого в соответствии с порядками оказания медицинской помощи женщинам (приказ Минздрава России от 19.12.2025 N747н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"), производится по тарифу за профилактическое посещение к акушеру-гинекологу.

Оплата медико-психологического консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий, его (ее) супруги (а), а также супруги (а) участника специальной военной операции, пропавшего без вести, а также лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период медицинским психологом по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, производится по тарифу за посещение медицинского психолога.

Оплата проведения профилактических осмотров и диспансеризации граждан:

- диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в соответствии с приказом Минздрава России от 14.04.2025 N 212н "Об утверждении порядка проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, учетной формы N 030/у-Д/с, порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения N 030/о-Д/с, порядка ее заполнения" (далее - Приказ Минздрава России от 14.04.2025 №212н) производится за законченный случай проведения первого этапа диспансеризации по тарифам за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение.

Оплата диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации предъявленная медицинскими организациями в реестрах за январь 2026 года производится за комплексное посещение (законченный случай).

- диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в соответствии с приказом Минздрава России №275н от 21.04.2022 г. «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» (далее - Приказ Минздрава России от 21.04.2022 №275н) производится за законченный случай проведения первого этапа

диспансеризации по тарифам за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение.

Оплата диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью предъявляемая медицинскими организациями в реестрах за январь 2026 года производится за комплексное посещение (законченный случай).

- профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в соответствии с приказом Минздрава России от 14.04.2025 N 211н "Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, учетной формы N 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" (далее - Приказ Минздрава России от 14.04.2025 №211н) производится за законченный случай проведения профилактического медицинского осмотра по тарифам за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение.

Оплата профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних предъявляемая медицинскими организациями в реестрах за январь 2026 года производится за комплексное посещение (законченный случай).

- профилактического медицинского осмотра, первого и второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе углубленной в соответствии приказом Минздрава России от 27.04.2021 N 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – Приказ № 404н производится по тарифам за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение.

В целях приближения к месту жительства, работы или учебы гражданина профилактических медицинских осмотров и диспансеризации медицинские организации формируют выездные медицинские бригады.

Оплата профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, предъявляемая медицинскими организациями в реестрах за январь 2026 года производится за комплексное посещение (законченный случай).

Оплата второго этапа всех видов диспансеризации производится по тарифам за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение.

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются выполненными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови, которые проводятся в соответствии с приложением N 2 к Приказу №404н.

В целях выявления ранних признаков дислипидемии и формирования атеросклероза одновременно с прохождением профилактического медицинского осмотра или диспансеризации организуются однократное определение уровня липопротеида (а) в крови у всех пациентов в возрасте 18 - 40 лет и оценка липидного профиля (общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, холестерин липопротеидов очень низкой плотности, триглицериды) у пациентов в возрасте 18 - 39 лет - один раз в 6 лет, у пациентов с 40 лет и старше - один раз в 3 года.

В дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), проходят углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства в соответствии с перечнем исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации, установленным приложением №5 Программы.

Для женщин и мужчин репродуктивного возраста (возраст 18 - 49 лет) поэтапно в зависимости от возрастных групп, в том числе одновременно с прохождением профилактического осмотра или диспансеризации организуется проведение диспансеризации, направленной на оценку их репродуктивного здоровья в соответствии с перечнем исследований и иных вмешательств, установленным приложением №6 Программы.

Первый этап диспансеризации, направленной на оценку репродуктивного здоровья, считается завершенным при условии выполнения всех услуг, установленных Методическими рекомендациями по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья, предусмотренных для соответствующей возрастной группы (Приложение 2.5.). Оплата осуществляется за набор услуг оказанных в рамках проведения диспансеризации, направленной на оценку репродуктивного здоровья.

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 этом случае стоимость такого профилактического медицинского осмотра или такой диспансеризации уменьшается на стоимость ранее проведенных медицинских вмешательств.

При проведении диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего, давность которых не превышает 3 месяцев с даты проведения осмотра и (или) исследования, а у несовершеннолетних, не достигших возраста 2 лет, учитываются результаты осмотров и исследований, давность которых не превышает 1 месяца с даты осмотра и (или) исследования.

При проведении полного комплекса мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации мобильными медицинскими бригадами к стоимости законченного случая применяется повышающий коэффициент 1,15.

При проведении полного комплекса мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации взрослого населения, а также 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) за один календарный день в воскресенье, являющийся выходным днём, при условии, что случай является завершённым, оплата производится по отдельным тарифам, учитывающим работу в выходные дни.

Медицинскими организациями, находящимися на территории Курганской области не оказываются следующие услуги:

- услуги диализа в амбулаторных условиях;
- молекулярно-генетические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;

- позитронно-эмиссионная томография с рентгеновской компьютерной томографией позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией;

- неинвазивное пренатальное тестирование (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери).

При проведении диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, диспансеризации граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, профилактических медицинских осмотров и медицинских осмотров, в случае отсутствия у медицинской организации лицензии на осуществление медицинской деятельности по отдельным видам работ (услуг), необходимых для проведения вышеуказанных мероприятий в полном объеме, или врачей – специалистов требуемых специальностей, медицинская организация (заказчик) заключает договор с иной организацией (исполнитель), имеющей лицензию на требуемые виды работ (услуг), о привлечении соответствующих медицинских работников к проведению диспансеризации.

Включение исполнителем объемов медицинской помощи, оказанной при проведении диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, диспансеризации граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, профилактических медицинских осмотров и медицинских осмотров в реестр счетов за оказанную медицинскую помощь, не допускается.

Посещения в течение дня пациентом одного и того же врача учитывается как одно посещение (приложение № 4 к приказу Минздрава России от 13.05.2025 N 274н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков их ведения").

Отдельные медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях и определенные приложением 2.1 к настоящему Тарифному соглашению, в течение дня у одного и того же врача, подлежат учету и оплате в полном объеме, исключением является проведение в один день компьютерной или магнито-резонансной томографии с контрастированием нескольких анатомических зон, оплата производится по тарифу с контрастированием для одной зоны, для остальных зон используется тариф без контрастирования.

Не допускается проведение компьютерной или магнито-резонансной томографии областей дублирующих друг друга и смежных областей попадающих в один срез. Исключением являются исследования магнито-резонансной томографии проводимого на парных суставах.

В случае организации круглосуточного оказания неотложной медицинской помощи без последующей госпитализации в стационар в травмпункте или в приемном покое круглосуточного стационара, соответствующая отметка в реестре оказанной медицинской помощи устанавливается медицинской организацией.

Посещение пациентом в течение дня врача специалиста и прохождение школы здоровья по одной специальности допускается.

8. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара.

Оплата медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара производится по тарифам:

за случай госпитализации (законченный случай лечения) заболевания, включенного в соответствующую клинко-статистическую группу заболеваний;

за прерванный случай госпитализации;

по нормативу финансовых затрат за случай госпитализации (законченный случай лечения) при оказании высокотехнологичной медицинской помощи (далее ВМП) утвержденному разделом 1 приложения 1 Программы;

за услугу диализа дополнительно к стоимости КСГ, являющейся поводом для госпитализации или к стоимости случая оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Оплата производится за услуги диализа, фактически выполненные в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

При определении срока лечения пациента день поступления в круглосуточный стационар и день выписки из круглосуточного стационара считаются за один койко-день.

Расчет срока лечения пациента при переводе в другое профильное отделение в условиях круглосуточного стационара осуществляется следующим образом:

- для переводящего отделения круглосуточного стационара – день поступления в круглосуточный стационар и день перевода считаются за один койко-день;
- для принимающего отделения круглосуточного стационара – день перевода из круглосуточного стационара и день выписки из круглосуточного стационара считаются за один койко-день.

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

9. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров.

Оплата медицинской помощи в условиях дневных стационаров всех типов в рамках программы ОМС производится по тарифам:

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую клинко-статистическую группу заболеваний;
- за прерванный случай оказания медицинской помощи;
- за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, с учетом фактически выполненных процедур. За законченный случай в условиях дневного стационара принимается один месяц.

Виды дневных стационаров:

- дневной стационар при поликлинике;
- дневной стационар (отделение, палата) при больничном учреждении;
- дневной стационар на дому.

Особенности формирования КСГ для случаев проведения экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в дневном стационаре предусмотрены Методическими рекомендациями.

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

При определении срока лечения пациента день поступления в дневной стационар и день выписки из дневного стационара считаются за два пациенто-дня.

Расчет срока лечения пациента при переводе в другое профильное отделение в условиях дневного стационара осуществляется также, как в условиях круглосуточного стационара.

В соответствии с клиническими рекомендациями по медицинским показаниям медицинские организации могут организовать предоставление лекарственных препаратов для лечения гепатита С для приема пациентами на дому. В этом случае прием врача может проводиться с использованием телемедицинских и (или) дистанционных технологий, результаты лечения должны быть подтверждены лабораторными исследованиями. Очное пребывание пациента в условиях дневного стационара при этом должно быть не менее 2 дней, включая день госпитализации и день выписки.

10. Сведения о применении способов оплаты скорой медицинской помощи.

Оплата вызова бригады скорой медицинской помощи к гражданам, не прикрепленным к медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, осуществляется по стоимости вызова бригады скорой медицинской помощи.

Расчеты между медицинскими организациями осуществляются страховыми медицинскими организациями.

При оплате скорой медицинской помощи за прикрепленное население принимается:

- для ГБУ «Курганская больница скорой медицинской помощи» - застрахованное население, прикрепленное к медицинским организациям г. Кургана (за исключением населения прикрепленного к ГБУ «Курганская областная больница №2»);
- для ГБУ «Шадринская городская больница» - застрахованное население, прикрепленное к медицинским организациям г. Шадринска и к ГБУ «Шадринская ЦРБ»;
- для остальных медицинских организаций, имеющих в своем составе отделение скорой медицинской помощи – прикрепленное к ним застрахованное население.

11. Оплата медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в других субъектах Российской Федерации, в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования, производится в соответствии с Правилами ОМС по тарифам за единицу объема медицинской помощи, утвержденным Тарифным соглашением.

Оплата медицинской помощи гражданам, не застрахованным в сфере обязательного медицинского страхования Российской Федерации за счет средств обязательного медицинского страхования не производится.

Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Курганской области, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты установлен приложением 1 к Тарифному соглашению.

Раздел III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

12. При определении размера тарифов на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях установлены:

12.1 половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения (приложение 2.2. Тарифного соглашения);

12.2 перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования:

- оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, в том числе первичную доврачебную, первичную врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную в том числе по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи - посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием;

- оказание медицинской помощи с применением телемедицинских и (или) 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;

- оплату проведения диспансерного наблюдения детского населения;

- проведение медицинским психологом консультирования ветеранов боевых действий, супруга (супруги) участника специальной военной операции, а также супруга (супруги) участника специальной военной операции, пропавшего без вести, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период. Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает финансовые средства на оплату собственной деятельности медицинской организации (по видам медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках

подушевого финансирования), а также средства на оплату внешних услуг, оказанных прикрепленным к данной МО застрахованным лицам в иных медицинских организациях - исполнителях (за единицу объема медицинской помощи).

12.3 перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования:

- проведение КТ, МРТ, УЗИ сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, МГИ и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;

- неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери);

- определение РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С);

- ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания;

- профилактические медицинские осмотры и диспансеризация, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, а также оплата II этапа профилактических мероприятий;

- диспансерное наблюдение, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях;

- диспансерное наблюдение детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

- посещения 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;

- медицинская помощь с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, и при проведении телемедицинских консультаций маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, а также жителям отдаленных и малонаселенных районов, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения;

- финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов;

- медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», в том числе оказанная гражданам на дому;

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

- объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой;

- объем средств, направляемых на оплату посещений по профилю «акушерство и гинекология»;

- объем средств, направляемых на оплату посещений по профилю «стоматология»;

- объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи предусмотренных приложением 2.1 настоящего Тарифного соглашения;

- определение уровня липопротеида (а) в крови;

- оценка липидного профиля у пациентов (общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности,

холестерин липопротеидов очень низкой плотности, триглицериды)

12.4 средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 9 423,52 рублей;

12.5 размеры базовых подушевых нормативов финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (приложение 2.2 Тарифного соглашения);

12.6 значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций, учитывающие установленные Тарифным соглашением коэффициенты 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, коэффициенты половозрастного состава, коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации), коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации установлены приложением 2.2 Тарифного соглашения;

12.7 тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), комплексные посещения), применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями субъекта Российской Федерации лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации определены следующими приложениями к настоящему Тарифному соглашению:

приложение 2 «Стоимость единицы объема амбулаторной медицинской помощи»;

приложение 2.1 «Стоимость диагностических услуг, исследований»;

приложение 2.5 «Стоимость приемов (осмотров, консультаций), исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации взрослого населения, углубленной диспансеризации, репродуктивной диспансеризации»;

приложение 2.5.1 «Стоимость законченного случая проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения (Приказ от 27.04.2021 N 404н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения")»;

приложение 2.6 «Стоимость приемов (осмотров, консультаций), медицинских услуг при прохождении несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров и диспансеризации»;

приложение 2.6.1 «Стоимость законченного случая профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних».

12.8 перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц определен:

приложением 2.3 «Показатели результативности деятельности медицинских организаций» к настоящему Тарифному соглашению.

приложением 2.3 «Показатели результативности деятельности медицинских организаций»;

приложением 2.3.1 «Порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности медицинских организаций»;

приложением 2.3.2 «Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций».

12.9 размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) при условии их соответствия (несоответствия) требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации установлен приложением 2.4 «Размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов)» Тарифного соглашения.

В случае обслуживания фельдшерско-акушерскими пунктами (фельдшерскими пунктами, фельдшерскими здравпунктами) женщин репродуктивного возраста (в возрасте от 18 до 49 лет включительно), но при отсутствии в пунктах акушеров, отдельные полномочия по работе с такими женщинами в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем, возлагаются на фельдшера, при его отсутствии на медицинскую сестру.

В случае оказания медицинской помощи фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) 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 этом случае размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения.

Плановая длительность одной консультации, связанной с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем, составляет 10 минут. Планируемое количество консультаций в год на одну женщину репродуктивного возраста составляет 2 консультации.

Руководитель медицинской организации в течение 5 рабочих дней обязан уведомить комиссию об изменениях, влияющих на размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов.

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

13. При определении размера тарифов на оплату медицинской помощи в стационарных условиях установлены:

13.1 средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в стационарных условиях, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой – 10 578,54 рублей;

13.2 перечень клинико-статистических групп заболеваний (далее – КСГ), в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (приложение 3 Тарифного соглашения);

13.3 размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ) – 37 717,53 рублей;

размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ) без учета коэффициента дифференциации составляет – 34 133,51 рублей.

13.4 значения коэффициентов:

- а) коэффициенты специфики (приложение 3 Тарифного соглашения);
- б) коэффициенты сложности лечения пациента (далее – КСЛП):

-предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до четырех лет, детей старше четырех лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов, которые в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеют ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности (ограничения способности к самообслуживанию, и (или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) обучению, и (или) контролю своего поведения, - независимо от возраста ребенка-инвалида) - 0,20;

-при предоставлении спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до четырех лет, детей старше четырех лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов, которые в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеет ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности (ограничения способности к самообслуживанию, и (или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) обучению, и (или) контролю своего поведения, - независимо от возраста ребенка-инвалида), получающих медицинскую помощь по профилям "детская онкология" и (или) "гематология", - 0,60;

-оказание медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра, за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки - 0,20;

развертывание индивидуального поста - 0,20;

наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии (1), требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации, - 0,60;

проведение реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и (или) койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5 суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю "анестезиология и реанимация", и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации) - 0,15;

проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями: в стационарных условиях: уровень 1 - 0,17; уровень 2 - 0,61; уровень 3 - 1,53; в условиях дневного стационара: уровень 1 - 0,29; уровень 2 - 1,12; уровень 3 - 2,67;

проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах в зависимости от сложности вмешательств или операций: уровень 1 - 0,05; уровень 2 - 0,47; уровень 3 - 1,16; уровень 4 - 2,07; уровень 5 - 3,49;

проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (гриппа, новой коронавирусной инфекции COVID-19) (2) в период госпитализации 0,05;

остальные случаи - 0.

(1) Наличие у пациента дополнительного диагноза (диагноза осложнения заболевания) из перечня, определенного Приложением 1 Методических рекомендаций, медицинская помощь в соответствии с которым оказывалась пациенту в период госпитализации.

(2) За исключением случаев лечения, оплачиваемых по КСГ st12.012 «Грипп, вирус гриппа идентифицирован» и КСГst12.015-st12.019, используемых для оплаты случаев лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19).

Перечень схем сопроводительной лекарственной терапии, а также перечень сочетанных (симультанных) хирургических вмешательств, выполняемых во время одной госпитализации, перечень хирургических вмешательств, при проведении которых одновременно на двух парных органах, может быть применен КСЛП определен Приложением 1 Методических рекомендаций.

Особенности оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара с применением КСЛП при оказании специализированной медицинской помощи приведены в приложении 1 Методических рекомендаций.

В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких КСЛП, итоговое значение КСЛП рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛП.

При расчете тарифа на оплату медицинской помощи значения коэффициента сложности лечения пациента применяются к размеру базовой ставки, скорректированному с учетом коэффициента дифференциации (кроме КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)»).

в) Значения коэффициентов уровня (подуровня) медицинских организаций оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях:

- уровень 1 – 0,9;
- уровень 2 – 1,05;
- подуровень 3.1 - 1,20;
- подуровень 3.2 - 1,22;
- подуровень 3.3 – 1,27.

Отнесение медицинских организаций к уровням (подуровням) медицинских организаций утверждено приложением 5 Тарифного соглашения.

г) Коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы, применяемые в целях распределения и доведения до медицинских организаций иных межбюджетных трансфертов бюджету ТФ ОМС Курганской области на дополнительное финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, в рамках реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в целях сохранения целевых показателей оплаты труда отдельных категорий медицинских работников, определенных Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. N 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики" (далее - Указ № 597). Значение коэффициента = 1.

13.5 размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи:

В случае, если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) была проведена тромболитическая терапия, и этот случай относится к КСГ, включенной в перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию (таблица 2 Приложения 4 Методических рекомендаций), оплата производится в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 90 % от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 100 % от стоимости КСГ.

Если хирургического вмешательства и (или) тромболитическая терапия не проводилась, случай оплачивается в размере:

при длительности лечения 3 дня и менее - 35% от стоимости КСГ;

при длительности лечения более 3-х дней - 65% от стоимости КСГ.

Признак прерванного случая лечения устанавливается медицинской организацией в медико-технологическом листе.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 7 и 9 пункта 15 настоящего Тарифного соглашения, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у пациентов в возрасте 18 лет и старше, лечении хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D), а также лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов определены подпунктами 4.2.1, 4.2.2. и 4.2.3 Методических рекомендаций.

13.6 доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ установлены приложением 3 Тарифного соглашения;

13.7 тарифы на оплату за услугу диализа установлены приложением 6 Тарифного соглашения;

13.8 перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации установлен приложением 3 Тарифного соглашения;

13.9 перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно установлен приложением 3 Тарифного соглашения;

13.10 перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию установлен приложением 3 Тарифного соглашения;

13.11 тарифы на оплату законченных случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи, установленные с учетом применения коэффициента дифференциации к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленной в Программе приведены в приложении 3.1 Тарифного соглашения.

14. При определении размера тарифов на оплату медицинской помощи в условиях дневного стационара установлены:

14.1 средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой – 2 536,14 рублей;

14.2 перечень клинико-статистических групп заболеваний (далее – КСГ), в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях с указанием коэффициентов относительной затроемкости КСГ (приложение 4 Тарифного соглашения);

14.3 размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ) – 20 492,66 рублей;

размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ) без учета коэффициента дифференциации составляет – 18 545,39 рублей.

14.4 значения коэффициентов специфики установлены приложением 4 Тарифного соглашения;

коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, в соответствии с Указом N 597 установлен равным 1;

коэффициент уровня медицинской организации установлен равным 1.

14.5 размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи отражен в пункте 13.5 Тарифного соглашения;

14.6 доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ установлены приложением 4 Тарифного соглашения;

14.7 тарифы на оплату за услугу диализа установлены приложением 6 Тарифного соглашения;

14.8 перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно установлен приложением 4 Тарифного соглашения;

14.9 перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию установлен приложением 4 Тарифного соглашения;

15. Особенности оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневных стационаров отражены в Методических рекомендациях.

В соответствии с Программой к прерванным случаям относятся:

- 1) случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
- 2) случаи лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
- 3) случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
- 4) случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
- 5) случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
- 6) случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);
- 7) случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
- 8) законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7 пункта 15 длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно);
- 9) случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, st37.027, st37.028, st37.029, st37.031, ds37.017, ds37.018, ds37.019, а также случаи лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.022 - ds12.028 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и приложениями 6 и 7 Методических рекомендаций.

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, и не соответствует критериям оплаты случая лечения по 2 КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию прерванности 2 не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по 2 КСГ по основаниям 2-10 пункта 16 настоящего Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2-4.

Законченный случай оказания медицинской помощи, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения, не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, за исключением основания, связанного с проведением лекарственной терапии при ЗНО не в полном объеме, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

16. Оплата случая лечения по двум и более КСГ.

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

1). 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 по установленным пунктом 16 настоящего Тарифного соглашения основаниям;

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

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

4). Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2));

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

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

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

- О14.1 Тяжелая преэклампсия;
- О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;
- О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;
- О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;
- О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с

проводимой терапией;

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

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

9). Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

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

17. Стоимость одного случая госпитализации в круглосуточном и дневном стационарах (СС_{кsg}) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов,) определяется по следующей формуле:

$$СС_{кsg} = БС \times КД \times КЗ_{кsg} \times КС_{кsg} \times КУС_{мо} + БС \times КД * \times КСЛП, \text{ где:}$$

где:

БС базовая ставка, рублей;

КЗ_{кsg} коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;

КС_{кsg} коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

КУС_{мо} коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Постановление № 462), равный – 1,105;

КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости – сумма применяемых КСЛП).

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

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

$$СС_{кsg} = БС \times КЗ_{кsg} \times ((1 - Дзп) + Дзп \times КС_{кsg} \times КУС_{мо} \times КД) + БС \times КД * \times КСЛП, \text{ где:}$$

БС	размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;
КЗ ксг	коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации
Дзп	доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ;
КС ксг	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
КУСмо	коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462, равный – 1,105;
КСЛП	коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

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

Описание алгоритмов формирования различных КСГ с учетом установленных критериев группировки, подходы к установлению поправочных коэффициентов, особенности формирования отдельных КСГ в условиях круглосуточного и дневного стационаров, расшифровка групп в соответствии с МКБ 10 и Номенклатурой, в том числе правила учета классификационных критериев представлены в Методических рекомендациях.

Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги представлен в Методических рекомендациях.

Особенности оплаты случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту отражены в Методических рекомендациях.

В случае если у пациента после оказания специализированной медицинской помощи определяются показания к получению медицинской помощи с применением метода лечения, включенного в Перечень видов ВМП (приложение № 1 к Программе), либо после оказания высокотехнологичной медицинской помощи определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. При этом предоперационный и послеоперационный период включается в законченный случай лечения как для специализированной, так и для высокотехнологичной медицинской помощи, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.

Если пациенту в момент оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «неонатология» или «детская хирургия в период новорожденности», «офтальмология», «сердечно-сосудистая хирургия», «педиатрия», «торакальная хирургия» определяются показания к проведению иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции, то данный случай оплачивается по двум (нескольким) тарифам: в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по соответствующему нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и по соответствующей КСГ в рамках специализированной медицинской помощи. Кратность применения КСГ «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной

инфекции» должна соответствовать количеству введений паливизумаба для проведения иммунизации за весь период госпитализации.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к ВМП осуществляется при соответствии наименования вида ВМП, кодов МКБ 10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным Программой перечнем видов ВМП, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения ВМП (далее – Перечень ВМП). В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню ВМП, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

Особенности оплаты случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация» отражены в Методических рекомендациях (пункт 4.5.). При оказании в рамках одного пролеченного случая специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской реабилитации оплата производится по каждому случаю: специализированной медицинской помощи и медицинской реабилитации – по КСГ, высокотехнологичной медицинской помощи – по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи.

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

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата осуществляется в условиях дневного стационара – за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, или со случаем оказания ВМП, в условиях круглосуточного стационара – за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания ВМП, по тарифам, установленным приложением 6 Тарифного соглашения.

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

Особенности оплаты случаев лечения по профилю «Онкология» отражены в п. 4.8. Методических рекомендаций.

В целях повышения эффективности использования средств обязательного медицинского страхования на оказание медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями при назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии с применением лекарственных препаратов, указанных в приложении 13 Методических рекомендаций, для лечения отдельных нозологий, необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии).

Особенности формирования КСГ представлены в Методических рекомендациях, в том числе:

- КСГ акушерско-гинекологического профиля,
- случаев проведения экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в дневном стационаре;
- случаев лечения сепсиса;
- КСГ st12.012 «Грипп, вирус гриппа идентифицирован»;
- случаев лечения пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 (st12.015-st12.019);
- КСГ для оплаты лекарственной терапии при хроническом вирусном гепатите С в дневном стационаре;
- КСГ для оплаты случаев оказания медицинской помощи при эпилепсии;

- лечения неврологических заболеваний с применением ботулотоксина;
- отдельных КСГ, объединяющих случаи лечения болезней системы кровообращения;
- КСГ классифицирующих случаи диагностики и лечения злокачественных новообразований;
- КСГ по профилю «Офтальмология»;
- КСГ st29.007 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)»;
- КСГ по профилю «Комбустиология»;
- КСГ «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов»;
- КСГ st36.025, st36.026 и ds36.012, ds36.013 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции»;
- особенности оплаты медицинской помощи при отморожениях, отмирании и трансплантации органов и тканей;
- реанимационных КСГ;
- КСГ st36.050-st36.054 для случаев проведения антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами;
- реабилитационных КСГ;
- КСГ для случаев лечения дерматозов;
- оплата случаев лечения соматических заболеваний, осложненных старческой астенией;
- оплата медицинской помощи с применением методов диализа;
- оплата медицинской помощи при досрочной госпитализации в диагностических целях.

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

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

18. При определении размера тарифов на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации установлены:

18.1 перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования:

- скорая медицинская помощь вне медицинской организации гражданам, застрахованным на территории Курганской области и прикрепленным к медицинской организации, оказываемая в экстренной и неотложной формах;

18.2 перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования:

- вызовов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии;
- оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой гражданам застрахованным за пределами Курганской области.

Оплата вызова бригады скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии, осуществляется по стоимости вызова с проведением тромболитической терапии.

18.3 средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 1 432,45 рублей;

18.4 размер базового подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования утвержден приложением 2.2 Тарифного соглашения;

18.5 значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций, учитывающие установленные Тарифным соглашением коэффициенты половозрастного состава, коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации), коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации установлены приложением 2.2 Тарифного соглашения;

18.6 тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов), применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями субъекта Российской Федерации лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации определен приложением 7 Тарифного соглашения.

19. Структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию включает 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), организацию питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, включая расходы на использование беспилотных авиационных систем (транспортных средств) для транспортировки биоматериалов, лекарственных препаратов и иных медицинских грузов, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату, в том числе за пользование имуществом, финансовую аренду объектов (лизинг), а также выкуп предмета лизинга, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 400 тыс. 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.

Расходы на разработку, внедрение, развитие, модернизацию и техническое обслуживание государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации и их подсистем не могут осуществляться за счет средств обязательного медицинского страхования.

При наличии исключительных или неисключительных прав на использование программного продукта (информационной системы) в медицинской организации и постановки программного продукта на учет медицинской организации расходы на разработку, внедрение, развитие, модернизацию и техническое обслуживание государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации и медицинских информационных систем медицинских организаций могут быть оплачены за счет средств обязательного медицинского страхования.

Предельный размер расходов на арендную плату движимого имущества, в том числе на финансовую аренду объектов (лизинг), а также выкуп предмета лизинга в соответствии со статьей 624 Гражданского кодекса Российской Федерации, за один объект аренды в расчете на год, осуществляемых за счет средств обязательного медицинского страхования, не должен превышать лимит, установленный для приобретения основных средств.

В соответствии с п.5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" пациент имеет право на получение лечебного питания в случае его нахождения на лечении в стационарных условиях.

20. Расходы на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда определяются исходя из потребности в количестве персонала медицинской организации в соответствии с действующей системой оплаты труда, в пределах фонда оплаты труда, установленного структурой тарифа.

Расходы на оплату труда включают так же финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

- врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;
- медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам, медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;
- врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;
- врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

21. Расходы на оплату работ и услуг по содержанию имущества производятся за исключением расходов на проектно-сметную документацию, строительного контроля, капитального ремонта и расходов по содержанию жилищного фонда.

22. Расходы на оказание транспортных услуг не включают расходы на транспортировку пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места их фактического проживания до места получения медицинской помощи методом заместительной почечной терапии и обратно.

23. Расходы на проведение патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской

деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в указанных медицинских организациях.

24. Лекарственное обеспечение пациентов при оказании бесплатной медицинской помощи осуществляется в соответствии с законодательными и иными правовыми актами Российской Федерации.

Расходы на лекарственное обеспечение при оказании медицинской помощи предусматривают расходы:

- на приобретение лекарственных препаратов для обезболивания при проведении лечебно-диагностического вмешательства, для обработки ран или инфицированных тканей, для диагностических исследований при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в соответствии со стандартами медицинской помощи;

- на приобретение медицинских газов необходимых для оказания медицинской помощи;

- на приобретение лекарственных препаратов в соответствии с Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утверждаемым распоряжением Правительства Российской Федерации (далее по тексту - «Перечень») необходимых для оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, медицинской помощи в условиях дневных стационарах всех типов, скорой медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях.

25. Медицинские организации ведут отдельный учет доходов и расходов по условиям оказания медицинской помощи - медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, стационарных условиях, в условиях дневного стационара и 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), а также медицинской реабилитации.

Направление средств, выделенных медицинской организации на оплату скорой медицинской помощи, на оплату расходов в целях оказания иных видов медицинской помощи не допускается.

26. Возмещение расходов медицинской организации по выплате заработной платы и расходов по другим статьям, включенным в территориальные нормативы финансовых затрат, в случае невыполнения медицинской организацией объемов медицинской помощи, установленных Комиссией, не является обязательством системы ОМС.

Раздел IV. 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

27. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Курганской области осуществляется в соответствии с Порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденным приказом Минздрава России от 13.03.2021 г. № 231н.

28. В соответствии со статьей 40 Федерального закона от 29.11.2010г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные статьей 41 указанного федерального закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Финансовые санкции, применяемые к медицинским организациям по результатам контроля, утверждены Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденных Правилами ОМС и установлены приложением 8 к настоящему Тарифному соглашению.

Раздел V. Заключительные положения

29. Настоящее Тарифное соглашение заключено 30.01.2026 года., вступает в силу с 01.01.2026 г. и действует по 31.12.2026 г.

30. Любые изменения и дополнения к Тарифному соглашению действительны лишь при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон. Приложения к Тарифному соглашению составляют его неотъемлемую часть.

31. Комиссией может быть принято решение об индексации тарифов на оплату медицинской помощи медицинской организации, предусматривающее уменьшение или увеличение тарифов в размере, установленном комиссией.

Приложения:

1. Перечень медицинских организаций и сведения о применяемых способах оплаты медицинской помощи;
2. Стоимость единицы объема амбулаторной помощи;
 - 2.1. Стоимость диагностических услуг, исследований;
 - 2.2. Порядок определения дифференцированных подушевых нормативов на территории Курганской области;
 - 2.3. Показатели результативности деятельности медицинских организаций;
 - 2.3.1. Порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности медицинских организаций;
 - 2.3.2. Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций;
 - 2.4. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско - акушерских пунктов;
 - 2.5. Стоимость приемов (осмотров, консультаций), исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации взрослого населения, углубленной диспансеризации, репродуктивной диспансеризации;
 - 2.5.1 Стоимость законченного случая при проведении профилактических мероприятий взрослого населения;
 - 2.6. Стоимость приемов (осмотров, консультаций), медицинских услуг при прохождении несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров и диспансеризации;
 - 2.6.1 Стоимость законченного случая при проведении профилактических мероприятий детского населения
 - 2.7. Классификатор основных медицинских услуг при оказании стоматологической медицинской помощи;
3. Клинико - статистические группы заболеваний, коэффициенты относительной затратоемкости, коэффициенты специфики, доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости отдельных КСГ, используемые при оплате медицинской помощи оказанной в условиях круглосуточного стационара;
 - 3.1. Норматив финансовых затрат на единицу объема при оказании высокотехнологичной медицинской помощи;

4. Клинико - статистические группы заболеваний, коэффициенты относительной затратоемкости, коэффициенты специфики, доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости отдельных КСГ, используемые при оплате медицинской помощи оказанной в условиях дневного стационара;

5. Уровни медицинских организаций;

6. Стоимость услуг диализа;

7. Стоимость вызова бригады скорой медицинской помощи;

8. Перечень финансовых санкций, применяемых к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

9. Перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования (ВНЕ подушевого норматива финансирования).

Председатель

Комиссии по разработке территориальной программы
ОМС Курганской области

Е.В. Островских

Секретарь

Комиссии по разработке территориальной программы
ОМС Курганской области

О.Н. Кобзарь

Заместитель директора

АО «АСТРАМЕД-МС» (СМК)
ФИЛИАЛ в Курганской области

Т.Н. Кондратьева

Председатель Курганской областной
организации профсоюза работников здравоохранения
Российской Федерации

Г.Ф. Мухтяева

Председатель Курганской областной
общественной организации «Ассоциация
медицинских работников Курганской области»

В.Ф. Чернов

