

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
НА ТЕРРИТОРИИ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
НА 2026 ГОД**

(в ред. Дополнительного соглашения № 1 от 26.01.2026)

г. Екатеринбург

29 декабря 2025 года

Министерство здравоохранения Свердловской области в лице Первого заместителя Министра здравоохранения Свердловской области Пушкарева И.Б., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Свердловской области в лице заместителя директора по экономике Худяева А.С., страховые медицинские организации в лице председателя правления акционерного общества «АСТРАМЕД-МС» (страховая медицинская компания) Шандалова Г.А., медицинские профессиональные некоммерческие организации в лице главного врача государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области «Детская городская клиническая больница № 9 город Екатеринбург, члена Совета Союза медицинского сообщества «Медицинская Палата Свердловской области» Огаркова И.П., профессиональные союзы медицинских работников или их объединений (ассоциаций) в лице председателя Свердловской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Угринова С.А., в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», в соответствии с

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

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

Постановлением Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов»,

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

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»,

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»,

Приказом Министерства финансов Российской Федерации от 29.11.2017 № 209н «Об утверждении Порядка применения классификации операций сектора государственного управления»,

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»,

Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (совместное письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда ОМС),

Письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов»,

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

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»,

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями»,

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 № 192н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях»,

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»,

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 211н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, учетной формы № 030-ПО/у «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего», порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения № 030-ПО/о «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних», порядка ее заполнения»,

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 212н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, учетной формы № 030/у-Д/с, порядка ее ведения,

а также формы отраслевого статистического наблюдения № 030/о-Д/с, порядка ее заполнения»,

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.04.2022 № 275н «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»,

Постановлением Правительства Свердловской области «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов»,

Постановлением Правительства Свердловской области от 03.08.2023 № 554-ПП «Об установлении меры социальной поддержки гражданам, страдающим онкологическими заболеваниями, проживающим в Свердловской области, по обеспечению лекарственными препаратами»,

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»;

Постановлением Правительства Свердловской области от 30.12.2025 № 788-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов»;

заключили настоящее Тарифное соглашение о нижеследующем:

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Предмет тарифного соглашения

Предметом настоящего Тарифного соглашения являются согласованные Сторонами способы и условия оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями застрахованным лицам в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Свердловской области, размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

2. Список сокращений

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь;

ЖНВЛП – жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты;

- ЗАТО – закрытое административно-территориальное образование;
- Комиссия – комиссия по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Свердловской области;
- КОСГУ – классификация операций сектора государственного управления;
- КСГ – клинико-статистическая группа;
- МЗ СО – Министерство здравоохранения Свердловской области;
- МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (Десятый пересмотр);
- МО – медицинская организация;
- МЭК – медико-экономический контроль;
- МЭЭ – медико-экономическая экспертиза;
- Номенклатура – перечень медицинских услуг, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н;
- ОВП – общая врачебная практика;
- ОМС – обязательное медицинское страхование;
- ОСМП – отделение скорой медицинской помощи медицинской организации;
- Правила – правила обязательного медицинского страхования, утвержденные Приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н;
- ПГГ – Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- СМО – страховая медицинская организация;
- СМП – скорая медицинская помощь;
- ССМП – станция скорой медицинской помощи;
- ТП ОМС – Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области;
- ТФОМС – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Свердловской области;
- УЕТ – условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи;
- ФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования;
- ФАП/ФП/ФЗП – фельдшерско-акушерский пункт/фельдшерский пункт/фельдшерский здравпункт;
- ЭКМП – экспертиза качества медицинской помощи;
- ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение.

3. Основные термины и понятия

Базовая ставка финансирования медицинской помощи в круглосуточном/дневном стационаре – размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в группу заболеваний, состояний, который без учета коэффициента дифференциации устанавливается не ниже минимальных размеров базовых ставок, установленных базовой программой ОМС, утверждаемой в составе ПГГ;

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц – объем финансирования первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по видам, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, в расчете на одно, застрахованное в Свердловской области, лицо.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи – объем финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне МО, в расчете на одно, застрахованное в Свердловской области, лицо.

Внешние медицинские услуги – консультации врачей-специалистов, профилактические, диагностические, лечебные медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях застрахованным по ОМС лицам, не прикрепленным к МО-исполнителю.

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

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

Законченный случай лечения заболевания по клинико-статистическим группам (КСГ) при оказании стоматологической помощи в амбулаторных условиях – предоставление медицинской помощи по заболеванию, включенному в КСГ с оказанием услуг, предусмотренных стандартами и порядками оказания медицинской помощи, с первичного обращения до достижения клинического результата, при отсутствии необходимости повторного обращения.

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

Клинико-статистическая группа (КСГ) – группа клинически однородных случаев лечения, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней

ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

Коэффициент дифференциации – коэффициент, отражающий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для отдельных территорий Свердловской области, рассчитанный в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 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».

Коэффициент дифференциации подушевого норматива – коэффициент, учитывающий различия в затратах МО на организацию и оказание медицинской помощи (с учетом половозрастной структуры, особенности расселения и плотности населения, транспортной доступности, уровня и структуры заболеваемости населения, климатических и географических особенностей, в том числе деятельности на территории ЗАТО и на территории населенных пунктов, расположенных в местностях с особыми климатическими условиями (в границах административно-территориальных единиц: Ивдель, Карпинск, Краснотурьинск, Североуральск, Гаринский и Таборинский муниципальные районы), достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения в Свердловской области, наличия в структуре подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах).

Коэффициент относительной затратоемкости по КСГ – отношение стоимости конкретной КСГ к базовой ставке финансирования (устанавливается Тарифным соглашением, учитывает стоимость усредненного набора медицинских услуг, входящих в стандарты медицинской помощи/предусмотренных порядками оказания медицинской помощи при заболеваниях, входящих в группу).

Коэффициент подуровня – поправочный коэффициент, учитывающий различия в затратах МО, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи (обусловленный объективными причинами).

Коэффициент половозрастных затрат – коэффициент, учитывающий уровень потребления первичной медико-санитарной помощи/скорой медицинской помощи лицами, застрахованными в Свердловской области, в разрезе половозрастных групп населения.

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

Коэффициент специфики – поправочный коэффициент, позволяющий корректировать тариф КСГ с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи

по конкретной КСГ.

Коэффициент уровня – поправочный коэффициент, учитывающий различия в затратах в зависимости от уровня оказания медицинской помощи, а также позволяющий корректировать подушевой норматив финансирования амбулаторной и скорой медицинской помощи (с учетом половозрастной структуры прикрепленного (обслуживаемого) населения, особенностей расселения и плотности населения на территории обслуживания, транспортной доступности, уровня и структуры заболеваемости прикрепленного (обслуживаемого) населения, климатических и географических особенностей, в том числе деятельности на территории ЗАТО и на территории населенных пунктов, расположенных в местностях с особыми климатическими условиями (в границах административно-территориальных единиц: Ивдель, Карпинск, Краснотурьинск, Североуральск, Гаринский и Таборинский муниципальные районы), достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения в Свердловской области, наличия в структуре подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах).

МО-исполнитель – МО, участвующая в реализации ТП ОМС, оказывающая медицинские услуги застрахованным лицам, не прикрепленным к данной МО (внешние медицинские услуги), либо организация, не имеющая прикрепленного населения.

МО, имеющие прикрепленное население – МО, участвующие в реализации ТП ОМС, имеющие прикрепленных по территориально-участковому принципу лиц, застрахованных по ОМС в Свердловской области, оплата медицинской помощи которым осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу на прикрепившихся лиц (является МО-исполнителем в случае оказания медицинских услуг неприкрепленному населению).

МО, не имеющие прикрепленного населения – МО, участвующие в реализации ТП ОМС, организационная структура которых не предусматривает наличие территориально-участкового принципа обслуживания населения (фельдшерских, терапевтических (в том числе цеховых), врача общей практики (семейного врача), комплексных, приписных участков).

Незаконченный случай лечения при оказании стоматологической помощи – случай оказания медицинской помощи по заболеванию, включенному в КСГ с недостигнутым результатом лечения.

Подгруппа в составе КСГ – группа заболеваний, выделенная в составе КСГ с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых в Свердловской области, для которой установлен коэффициент относительной затратноемкости, отличный от коэффициента относительной затратноемкости по федеральной КСГ.

Поправочные коэффициенты – коэффициенты, применяемые к базовой

ставке финансирования при расчете стоимости конкретного случая лечения по КСГ в условиях круглосуточного и дневного стационаров (коэффициент специфики, коэффициент уровня/подуровня МО, коэффициент сложности лечения пациента).

Прерванный случай оказания медицинской помощи – случай оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара и/или дневного стационара при прерывании лечения по медицинским показаниям, переводе пациента из одного отделения МО в другое, изменении условий оказания медицинской помощи с круглосуточного стационара на дневной стационар и 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, переводе пациента в другую МО, преждевременной выписке пациента из МО при его письменном отказе от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписке пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения).

Прикрепленные застрахованные – застрахованные лица, включенные в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц, прикрепленные к МО для получения первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях, с учетом положений статьи 21 Федерального закона № 323-ФЗ.

Размер финансового обеспечения ФАП/ФП/ФЗП – средний размер финансового обеспечения ФАП/ФП/ФЗП, установленный ТП ОМС в зависимости от численности обслуживаемого (прикрепленного) населения, при условии их соответствия требованиям, установленным нормативным правовым актом Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также средний размер финансового обеспечения ФАП/ФП/ФЗП, обслуживающих менее 100 и более 2000 жителей.

Случай госпитализации в круглосуточный стационар или случай лечения в дневном стационаре – случай диагностики и лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации ТП ОМС.

Тарифы на оплату медицинской помощи в системе ОМС – система ставок, определяющих размер оплаты за единицу объема медицинской помощи (обращение, законченный/прерванный случай лечения, посещение, комплексное посещение, вызов скорой медицинской помощи, услуга), на основе подушевого

норматива финансирования на прикрепившихся к МО застрахованных лиц, и состав компенсируемых расходов МО по оказанию медицинской помощи, предусмотренной ТП ОМС.

Установленный объем медицинской помощи – годовой объем медицинской помощи по условиям ее оказания, выраженный в единицах объема (вызов, посещение, обращение, услуга, исследование, случай госпитализации в условиях стационара, случай лечения в условиях дневного стационара), установленный для МО решением Комиссии с разбивкой по кварталам и отдельным видам медицинской помощи.

4. Общие положения о предоставлении и оплате медицинской помощи

4.1. Источником финансового обеспечения тарифов на медицинскую помощь являются средства, определенные Законом Свердловской области «О бюджете государственного внебюджетного Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области на 2026 год и плановый период 2027 и 2028 годов» на финансирование ТП ОМС.

4.2. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС рассматриваются Комиссией, устанавливаются настоящим Тарифным соглашением и являются его неотъемлемой частью. С целью поддержания системы ОМС в состоянии финансового равновесия, при изменении соотношения доходной и расходной части бюджета ТФОМС, может производиться изменение размера действующих тарифов.

4.3. Формирование тарифов, включая их размер и структуру, осуществляется по условиям оказания медицинской помощи, в соответствии со способами оплаты и средними нормативами финансовых затрат, установленными ТП ОМС.

4.4. Тарифы рассчитываются в соответствии с методикой расчета, установленной Правилами, на основе стандартов и порядков оказания медицинской помощи и являются едиными для МО, независимо от организационно-правовой формы, оказывающих медицинскую помощь при конкретном заболевании или состоянии в рамках ТП ОМС.

4.5. Тарифы на оплату медицинской помощи установлены приложениями к настоящему Тарифному соглашению, выражаются в денежном эквиваленте и оформляются справочником тарифов в электронном виде.

4.6. Стоимость законченного/прерванного случая лечения является расчетной с округлением до двух знаков и определяется в соответствии с размером установленных базовых ставок и коэффициентов.

4.7. Тарифы на медицинскую помощь устанавливаются с учетом коэффициентов дифференциации:

1,140 – для оплаты медицинской помощи, оказываемой отделениями МО,

осуществляющими деятельность на территории населенных пунктов, расположенных в границах административно-территориальных единиц: город Ивдель, Карпинск, Краснотурьинск, Североуральск, Гаринский и Таборинский муниципальные районы;

1,105 – для оплаты медицинской помощи, оказываемой МО, расположенными на территории Свердловской области, кроме расположенных в границах административно-территориальных единиц: город Ивдель, Карпинск, Краснотурьинск, Североуральск, Гаринский и Таборинский муниципальные районы.

4.8. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, производится в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи, в пределах объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии по условиям ее оказания и распределенных между МО и СМО, с учетом результатов контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи.

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

4.10. При формировании реестров счетов на оплату за оказанную медицинскую помощь применяются тарифы, действующие на дату завершения случая лечения, указанную в медицинской документации (история болезни, талон амбулаторного пациента и т.д.).

4.11. Оплата специализированной медицинской помощи, в том числе ВМП, в плановой форме осуществляется при наличии направления лечащего врача или врача-специалиста амбулаторно-поликлинической службы, информация о котором подлежит обязательному заполнению в соответствующем поле реестра счетов.

4.12. Оплата 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 с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, позитронной эмиссионной томографии/позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии/однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией), 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 вирусом гепатита С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С) в амбулаторных условиях производится в пределах объемов, установленных Решением Комиссии, при

наличии направления от врача, оказывающего первичную медико-санитарную, в том числе первичную специализированную помощь, в соответствии с порядками направления на такие исследования, утвержденными МЗ СО.

4.13. Пациентам в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях с целью продолжения лечения, которое начато в возрасте до 18 лет, первичная специализированная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь, в том числе ВМП, может быть оказана в МО, оказывающих медицинскую помощь детям по профилю «Детская онкология», в случаях и при соблюдении условий, установленных порядком оказания медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

5. При реализации ТП ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи

5.1. При оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

1) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее – молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды сцинтиграфических исследований (далее – ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусом гепатита С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, посещений с профилактическими целями центров здоровья, (центров медицины здорового долголетия), включая

динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний; дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями и финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

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

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

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

– медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

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

– профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, 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 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) проведено и оплачено 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 сахарного диабета, и школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания;

- медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

Пункт 5.1 изложить в новой редакции (в ред. Дополнительного соглашения № 1 от 26.01.2026, вступает в силу с 01.01.2026):

«5.1 При оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

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

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

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

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

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

– медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

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

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

- профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации 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).».

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

- 1) 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 субъекта Российской Федерации для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний)

2) за прерванный случай госпитализации, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа в случаях:

- прерывания лечения по медицинским показаниям;
- перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
- изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар;
- оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
- перевода пациента в другую медицинскую организацию;
- преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;
- смерти пациента;
- выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении 8 ПТГ (установлены значения в графе «Оплата отдельных случаев по КСГ в размере 100%, 90% и 80%» приложения 19 к настоящему Тарифному соглашению).

5.3. При оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара:

1) 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);

2) за прерванный случай оказания медицинской помощи, 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) 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, приведенных в приложении 8 ПГГ (установлены значения в графе «Оплата отдельных случаев по КСГ в размере 100%, 90% и 80%» приложения 24 к настоящему Тарифному соглашению).

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

- 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 ОМС, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

6. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

6.1. Перечень МО и их отделений, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с указанием применяемого способа оплаты, приведен в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень ФАП/ФП/ФЗП, входящих в структуру МО, приведен в приложении 12 к настоящему Тарифному соглашению.

6.2. МО/структурные подразделения МО, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в соответствии с нормативными документами МЗ СО, определяющими маршрутизацию пациентов, распределяются по уровням оказания медицинской помощи:

уровень 1:

– отделения в составе МО, оказывающие первичную (доврачебную, врачебную, специализированную) медико-санитарную помощь в пределах одного муниципального образования, а также внутригородского района (в центральных районных больницах, городских, районных, участковых больницах, городских поликлиниках);

– приемные отделения стационаров, вне зависимости от уровня стационара;

уровень 2:

– отделения в составе МО, оказывающие, в том числе специализированную медико-санитарную помощь населению нескольких муниципальных образований/городских округов (в условиях консультативно-диагностического отделения, кабинета) по перечню специальностей в соответствии с маршрутизацией потока пациентов;

– консультативно-диагностические поликлиники, не имеющие прикрепленного населения, оказывающие специализированную консультативную медико-санитарную помощь в пределах Свердловской области и/или в пределах нескольких субъектов Российской Федерации.

6.3. Финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи в МО, имеющих прикрепившихся лиц, осуществляется по подушевому нормативу финансирования, за исключением: медицинской помощи, финансируемой в соответствии с нормативами, установленными ТП ОМС; видов медицинской помощи, не включенных в базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц в соответствии с решением Комиссии.

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

1) 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 с целью

диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, 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 вирусом гепатита С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С);

2) **второго этапа** диспансеризации, диспансеризации детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, детей и детей-сирот, пребывающих в стационарных учреждениях, находящихся в трудной жизненной ситуации, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;

3) диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и (или) обучающихся в образовательных организациях;

4) диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, детей и детей-сирот, пребывающих в стационарных учреждениях, находящихся в трудной жизненной ситуации, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью,

5) посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний;

6) 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);

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

8) 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;

- 9) медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета, и школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания;
- 10) медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»;
- 11) финансового обеспечения ФАП/ФП/ФЗП;
- 12) стоматологической помощи, в том числе в неотложной форме;
- 13) медицинских услуг по переносу криоконсервированных эмбрионов в полость матки при оказании медицинской помощи методом экстракорпорального оплодотворения;
- 14) медицинских услуг по прерыванию беременности;
- 15) заместительной почечной терапии методами перитонеального диализа, гемодиализа и гемодиализации;
- 16) медицинских услуг для диагностики и лечения нарушений зрения;
- 17) медицинских услуг лучевой диагностики при оценке минеральной плотности костной ткани (денситометрии);
- 18) медицинской помощи пациентам, получающим противоопухолевые лекарственные препараты по программам льготного лекарственного обеспечения;
- 19) исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках регионального проекта «Контроль здоровья»;

Оплата медицинской помощи по видам, не включенным в базовый (средний) подушевой норматив финансирования, производится за единицу объема медицинской помощи по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

Пункт 6.4 изложить в новой редакции (в ред. Дополнительного соглашения № 1 от 26.01.2026, вступает в силу с 01.01.2026):

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

- 1) 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);

2) профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;

3) диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и (или) обучающихся в образовательных организациях;

4) диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, детей и детей-сирот, пребывающих в стационарных учреждениях, находящихся в трудной жизненной ситуации, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью,

5) посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными факторами риска развития заболеваний;

6) 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);

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

8) 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;

9) 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;

10) медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»;

11) финансового обеспечения ФАП/ФП/ФЗП;

12) стоматологической помощи, в том числе в неотложной форме;

13) медицинских услуг по переносу криоконсервированных эмбрионов в полость матки при оказании медицинской помощи методом экстракорпорального оплодотворения;

14) медицинских услуг по прерыванию беременности;

15) заместительной почечной терапии методами перитонеального диализа, гемодиализа и гемодиализации;

16) медицинских услуг для диагностики и лечения нарушений зрения;

17) медицинских услуг лучевой диагностики при оценке минеральной плотности костной ткани (денситометрии);

18) медицинской помощи пациентам, получающим противоопухолевые лекарственные препараты по программам льготного лекарственного обеспечения;

19) исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках регионального проекта «Контроль здоровья»;

20) консультативно-диагностической медицинской помощи, оказываемой отдельными МО.

Оплата медицинской помощи по видам, не включенным в базовый (средний) подушевой норматив финансирования, производится за единицу объема медицинской помощи по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.».

6.5. Расходы на финансовое обеспечение ФАП/ФП/ФЗП не учитываются в составе подушевого норматива финансирования для прикрепленного населения и определяются в соответствии с размером финансового обеспечения, установленным ПГГ для ФАП/ФП/ФЗП, при условии их соответствия требованиям Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Финансирование ФАП/ФП/ФЗП в соответствии с размером финансового обеспечения и в зависимости от численности обслуживаемого (прикрепленного) населения, осуществляется при условиях:

1) наличия лицензии на оказание медицинской помощи по адресу

ФАП/ФП/ФЗП, кроме передвижных (мобильных);

2) наличия сведений о прикреплении населения по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц на начало расчетного периода;

3) наличия занятой должности медицинского работника (фельдшера/акушерки).

Финансовое обеспечение ФАП/ФП/ФЗП осуществляется ежемесячно и составляет 1/12 размера финансового обеспечения, установленного в приложении 11 к настоящему Тарифному соглашению, по перечню ФАП/ФП/ФЗП в структуре МО, в том числе, сведения о соответствии/несоответствии требованиям Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Для ФАП/ФП/ФЗП с численностью обслуживаемого (прикрепленного) населения менее 100 и более 2000 человек размер финансового обеспечения определяется с применением понижающего и повышающего коэффициентов к размеру финансового обеспечения ФАП/ФП/ФЗП с численностью обслуживаемого (прикрепленного) населения от 101 до 800 человек и от 1501 до 2000 человек, соответственно.

Для ФАП/ФП/ФЗП, не укомплектованных в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, установленными Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, размер финансового обеспечения определяется с применением понижающего коэффициента в размере 0,8. Для ФАП/ФП/ФЗП, оказывающих медицинскую помощь женщинам репродуктивного возраста, в случае отсутствия акушеров и выполнения полномочий по работе с такими женщинами 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) размер финансового обеспечения определяется с применением повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения.

Объем финансирования ФАП/ФП/ФЗП является расчетным и определяется с учетом установленных ТП ОМС размеров финансового обеспечения, применения понижающих/повышающих коэффициентов, а также перевода обслуживаемого (прикрепленного) населения к правопреемнику в случае реорганизации МО.

6.6. Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает финансовые средства на оплату собственной деятельности МО (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 МО-исполнителях (за единицу объема медицинской помощи).

6.7. Объем финансового обеспечения по подушевому нормативу для каждой МО, имеющей прикрепившихся застрахованных лиц, определяется в соответствии с дифференцированным подушевым нормативом, установленным настоящим Тарифным соглашением, с учетом достижения целевых значений показателей результативности деятельности, за предшествующий отчетный период.

Методика определения дифференцированных подушевых нормативов приведена в приложении 5 к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень показателей и порядок расчета значений показателей результативности деятельности МО, имеющих прикрепившихся лиц и оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, приведены в приложении 6 к настоящему Тарифному соглашению.

Порядок применения показателей результативности деятельности МО в случае достижения значений показателей результативности деятельности, приведен в приложении 7 к настоящему Тарифному соглашению.

6.8. Месячный объем финансовых средств на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях МО, имеющей прикрепившихся застрахованных лиц ($ОС_{АПП}$), определяется по формуле:

$$ОС_{АПП} = ОС_{ПН} + ОС_{ФАП} + ОС_{ЕО}, \text{ где:} \quad (1)$$

$ОС_{ПН}$ – финансовый результат МО по средствам подушевого финансирования с учетом показателей результативности деятельности;

$ОС_{ФАП}$ – размер средств, направляемых на финансовое обеспечение ФАП/ФП/ФЗП, входящих в состав МО (в соответствии со средним размером финансового обеспечения с учетом установленных коэффициентов);

$ОС_{ЕО}$ – сумма оплаты фактически оказанных объемов медицинской помощи по видам, оплата которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

6.9. Финансовый результат МО по средствам подушевого финансирования ($ОС_{ПН}$) ежемесячно рассчитывается ТФОМС централизованно, по формуле:

$$ОС_{ПН} = Р_{ПНФ(МО_i)} + С_{РД} - С_{ВН} + С_{ВВН}, \text{ где:} \quad (2)$$

$Р_{ПН(МО)}$ – расчетный месячный объем средств по дифференцированному подушевому нормативу МО, определяется в соответствии с Методикой (приложение 5 к Тарифному соглашению);

$С_{РД}$ – размер средств, направляемых на выплаты МО в случае достижения значений показателей результативности деятельности за отчетный период;

$C_{\text{ВН}}$ – стоимость внешних медицинских услуг, оказанных прикрепленным лицам иными МО-исполнителями, по установленным тарифам;

$C_{\text{ВВН}}$ – сумма средств за предыдущие отчетные периоды, признанная необоснованно удержанной с МО по результатам экспертного контроля медицинской помощи, оказанной МО-исполнителем неприкрепленным застрахованным лицам, удержанная с МО-исполнителя и подлежащая восстановлению МО, к которой прикреплено застрахованное лицо.

В случае, если сумма по взаиморасчетам с другими МО расчетного периода по данной СМО превышает сумму подушевого финансирования, разница учитывается со знаком «–» при расчете финансового результата следующего отчетного месяца.

Финансовый результат МО по средствам подушевого финансирования является расчетным и определяется ТФОМС с учетом перевода обслуживаемого (прикрепленного) населения к правопреемнику в случае реорганизации МО.

6.10. Размер средств, направляемых на финансовое обеспечение ФАП/ФП/ФЗП, входящих в состав МО, ($OC_{\text{ФАП}}$) определяется по формуле:

$$OC_{\text{ФАП}(i)} = \sum_n (Ч_{\text{ФАП}(n)} \times \text{ФРО}_{\text{ФАП}(n)}), \text{ где:} \quad (3)$$

$OC_{\text{ФАП}(i)}$ – размер средств, направляемых на финансовое обеспечение ФЗП/ФАП в i -той МО;

$Ч_{\text{ФАП}(n)}$ – число ФАП/ФП/ФЗП n -го типа в составе i -той МО по состоянию на 01 число расчетного периода;

$\text{ФРО}_{\text{ФАП}(n)}$ – финансовый размер обеспечения ФАП/ФП/ФЗП n -го типа, установленный приложением 11 к настоящему Тарифному соглашению, в расчете на месяц.

6.11. Месячный объем финансового обеспечения МО по видам медицинской помощи, оплата которых осуществляется за единицу объема ($OC_{\text{ЕО}}$), определяется по формуле:

$$OC_{\text{ЕО}} = \sum (O_{\text{МП(факт)}} \times T), \text{ где:} \quad (4)$$

$O_{\text{МП(факт)}}$ – фактически оказанные объемы медицинской помощи (исследований, посещений, комплексных посещений, обращений, услуг);

T – тариф за единицу объема, установленный настоящим Тарифным соглашением.

6.12. Месячный объем финансового обеспечения МО, не имеющих прикрепившихся лиц, определяется как совокупная стоимость фактически оказанных медицинских услуг (посещений, обращений (законченных случаев), медицинских услуг) по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

6.13. Тарифы на медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторных

условиях, устанавливаются в расчете на единицу объема:

- 1) посещение к врачу соответствующей специальности;
- 2) посещение к среднему медицинскому персоналу, ведущему самостоятельный прием;
- 3) обращение к врачу соответствующей специальности;
- 4) законченный случай лечения заболевания при оказании стоматологической помощи;
- 5) медицинскую услугу (по перечню, установленному настоящим Тарифным соглашением).

Тарифы на медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторных условиях, используются:

- 1) для оплаты медицинской помощи: по видам, не включенным в подушевой норматив финансирования; МО без прикрепленного населения; лицам, не прикрепленным к МО; лицам, застрахованным по ОМС в других субъектах Российской Федерации;
- 2) для осуществления расчетов между МО в рамках подушевого финансирования;
- 3) для расчета коэффициентов половозрастных затрат;
- 4) для расчета суммы, не подлежащей оплате (уменьшению оплаты) по результатам контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи.

6.14. Тариф посещения включает 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.

Медицинские услуги, включенные в перечень, установленный Тарифным соглашением, не входят в тариф посещения и оплачиваются по отдельным тарифам как самостоятельные услуги, либо в составе случая, дополнительно к тарифу посещения.

6.15. Случай оказания амбулаторной медицинской помощи включает совокупность медицинских услуг (посещений, лечебно-диагностических услуг) в количестве от одной и более. Набор услуг в составе случая определяется стандартами и порядками оказания медицинской помощи.

Оплата законченного случая (обращения) осуществляется за фактически оказанные услуги и посещения, предоставленные пациенту при его обращении в МО, по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

6.16. Тарифы посещений дифференцируются по специальностям врачей и видам приемов (первичный, повторный, профилактический, диспансерный,

консультативный, неотложная помощь), категории обслуживаемого населения (взрослые, дети), уровням отделений.

Тарифы обращений дифференцируются по специальностям врачей, категории обслуживаемого населения (взрослые, дети) и уровням отделений.

6.17. В соответствии с решением Комиссии расходы на проведение профилактических медицинских осмотров взрослого и детского населения, первого этапа диспансеризации взрослых (кроме диспансеризации детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, детей и детей-сирот, пребывающих в стационарных учреждениях, находящихся в трудной жизненной ситуации, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья) включены в подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, на прикрепившихся лиц. Ведение отдельного контроля за исполнением МО объемов проведенных профилактических осмотров и первого этапа диспансеризации в целях недопущения их снижения осуществляется Комиссией.

Оплата профилактических медицинских осмотров взрослого и детского населения, первого этапа диспансеризации в составе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц осуществляется с учетом показателей результативности деятельности МО (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных МО и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.

Пункт 6.17 изложить в новой редакции (в ред. Дополнительного соглашения № 1 от 26.01.2026):

«6.17 Финансовое обеспечение диспансерного наблюдения не включает в себя расходы на диагностические исследования, для которых в ТП ОМС установлены отдельные нормативы финансовых затрат (финансовый норматив диагностических исследований, включает исследования, выполненные при диспансерном наблюдении).».

6.18. Условия, при которых случай профилактического медицинского осмотра, диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, 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, амбулаторной медицинской реабилитации, считается завершенным, устанавливаются приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, регламентирующими порядок проведения указанных видов медицинской помощи.

Законченным случаем (комплексным посещением) профилактического медицинского осмотра, диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, 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, амбулаторной медицинской реабилитации, является случай после завершения комплекса осмотров и исследований в объеме, установленном приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

6.19. Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются завершенными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, при условии выполнения следующих осмотров (исследований, мероприятий), обязательных для всех граждан (при отсутствии противопоказаний):

- 1) проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья;
- 2) маммография;
- 3) исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом;
- 4) осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом-гинекологом;
- 5) взятие мазка с шейки матки;
- 6) цитологическое исследование мазка с шейки матки;
- 7) определение простат-специфического антигена в крови.

Посещения врача-психиатра, врача-фтизиатра в рамках диспансеризации отдельных групп детского населения не тарифицируются и учитываются в реестрах без оплаты за счет средств ОМС.

В случае проведения профилактических медицинских осмотров и/или диспансеризации, в том числе углубленной мобильными медицинскими бригадами, организованными в структуре МО, к тарифу комплексного посещения (медицинских услуг в составе комплексного посещения) профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации применяется

коэффициент 1,05.

Абзац 10 пункта 6.19 изложить в новой редакции (в ред. Дополнительного соглашения № 1 от 26.01.2026, вступает в силу с 01.01.2026):

«В случае оказания медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами, организованными в структуре МО, к тарифу посещения и медицинской услуги применяется коэффициент 1,05.».

В случае проведения МО профилактических медицинских осмотров и/или диспансеризации в выходные дни к тарифу комплексного посещения (медицинских услуг в составе комплексного посещения) профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации применяется коэффициент 1,03.

Если профилактический медицинский осмотр и/или диспансеризация проведены в выходной день с участием мобильных медицинских бригад, к тарифу комплексного посещения применяются оба коэффициента.

Оплата исследований и иных медицинских вмешательств в рамках 2 этапа диспансеризации взрослого населения, диспансеризации детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, детей и детей-сирот, пребывающих в стационарных учреждениях, находящихся в трудной жизненной ситуации, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, углубленной диспансеризации, диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, диспансерного наблюдения, оказания медицинской помощи в центрах здоровья, амбулаторной медицинской реабилитации производится за фактически оказанные медицинские услуги.

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 МО, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, затруднена, в целях прохождения диспансеризации могут быть госпитализированы на срок до 3 дней в МО, 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 маломобильным гражданам, осуществляется при условии обязательного

выполнения 100 % 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 ППГ, в пределах объемов медицинской помощи, установленных в ТП ОМС.

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

6.19.1. В рамках диспансеризации взрослого населения для граждан репродуктивного возраста проводится диспансеризация по оценке репродуктивного здоровья со следующим перечнем исследований и иных медицинских вмешательств:

Первый этап диспансеризации включает:

а. у женщин:

- прием (осмотр) врачом акушером-гинекологом, в том числе гинекологический осмотр с визуальным осмотром наружных половых органов, осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах с забором материала на исследование, бимануальное влагалищное исследование, пальпация молочных желез;

- микроскопическое исследование влагалищных мазков,

- определение концентрации водородных ионов (рН) отделяемого слизистой оболочки влагалища;

- у женщин в возрасте 21 – 49 лет один раз в пять лет – определение ДНК вирусов папилломы человека (Papilloma virus) (далее – ВПЧ) высокого канцерогенного риска в отделяемом (соскобе) из цервикального канала методом полиразмерной цепной реакции. Жидкостное цитологическое исследование микропрепарата шейки матки при положительном результате анализа на ВПЧ;

- у женщин в возрасте 18 – 29 лет проведение лабораторных исследований мазков в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*);

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

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

а. у женщин:

– в возрасте 30 – 49 лет проведение лабораторных исследований мазков в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции, которое включает:

- определение ДНК возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*);

- определение ДНК вирусов папилломы человека (*Papilloma virus*) высокого канцерогенного риска в отделяемом (соскобе) из цервикального канала, качественное исследование 1 раз в 5 лет (30, 35, 40, 45 лет);

– ультразвуковое исследование органов малого таза в начале или середине менструального цикла;

– ультразвуковое исследование молочных желез;

– повторный прием (осмотр) врачом акушером-гинекологом;

б. у мужчин:

– спермограмму;

– микроскопическое исследование микрофлоры;

– проведение лабораторных исследований мазков в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Candida albicans*, *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*);

– определение ДНК вирусов папилломы человека (*Papilloma virus*) высокого канцерогенного риска в отделяемом из уретры, качественное исследование;

– ультразвуковое исследование предстательной железы и органов мошонки;

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

Оплата исследований и иных медицинских вмешательств в рамках диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья производится за фактически оказанные медицинские услуги.

6.19.2. В дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией

(COVID-19), вправе в течение года после заболевания пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства.

Перечень исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации:

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

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

Второй этап диспансеризации проводится в целях дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и включает в себя:

- а) проведение эхокардиографии (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой);
- б) проведение компьютерной томографии легких (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой);
- в) дуплексное сканирование вен нижних конечностей (при наличии показаний по результатам определения концентрации Д-димера в крови).

Оплата исследований и иных медицинских вмешательств в рамках углубленной диспансеризации производится за фактически оказанные медицинские услуги.

6.20. Единицей объема медицинской помощи, включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний оказываемой в Центрах здоровья (центрах медицины здорового долголетия), организованных в составе МО, является комплексное посещение с профилактическими целями.

6.21. Оплата стоматологической медицинской помощи осуществляется по тарифам за единицу объема медицинской помощи, в пределах объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии, с учетом УЕТ:

- 1) за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ;
- 2) за посещение к врачу-стоматологу/зубному врачу (в рамках незаконченного случая лечения, на профилактическом приеме, на диспансерном приеме, приеме в неотложной форме);
- 3) за медицинскую услугу, в том числе дополнительно к стоимости законченного случая лечения по КСГ.

Законченный случай лечения заболевания оплачивается по тарифу КСГ, рассчитанному как стоимость лечебно-диагностических услуг, включенных в данную КСГ, согласно приложению 17.

Незаконченный случай лечения оплачивается по тарифу посещения, но не более двух у одного пациента.

Тарифы посещений и законченных случаев лечения по КСГ установлены исходя из расчетной стоимости одной УЕТ и суммарной трудоемкости в УЕТ медицинских услуг, включенных в КСГ, в соответствии с рекомендуемым средним количеством УЕТ в одной медицинской услуге согласно Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС.

6.22. Проведение медицинских осмотров несовершеннолетних, не являющихся спортсменами спортивных сборных команд Российской Федерации, с целью определения состояния здоровья, группы здоровья для допуска к мероприятиям по спортивной подготовке, занятию физической культурой и спортом, включая осмотры врачей специалистов, обследования и нагрузочные пробы в соответствии с программами медицинских осмотров лиц, занимающихся физической культурой и спортом, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.10.2020 № 1144н «Об утверждении порядка организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского

физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)» и форм медицинских заключений о допуске к участию физкультурных и спортивных мероприятий», оплачивается по тарифам стандартов Углубленных медицинских осмотров (УМО) лиц, занимающихся спортом. Посещения врача по спортивной медицине в рамках УМО лиц, занимающихся спортом, не учитываются в реестрах счетов за счет средств ОМС.

6.23. Оплата медицинской помощи пациентам с хронической почечной недостаточностью методами гемодиализа и гемодиализации в амбулаторно-поликлинических условиях производится за каждую услугу диализа, фактически оказанную пациенту в период его лечения.

7. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях

7.1. Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, приведен в приложении 2 к настоящему Тарифному соглашению.

7.2. Стоимость законченного случая лечения при оказании специализированной медицинской помощи по КСГ (СС_{КСГ}) определяется на основе следующих параметров:

- базовой ставки финансирования стационарной медицинской помощи, оплачиваемой по системе КСГ в рамках ТП ОМС (средняя стоимость одного случая лечения, включенного в КСГ);
- коэффициента относительной затратноности по КСГ;
- коэффициента дифференциации;
- поправочного коэффициента, учитывающего: коэффициент специфики, коэффициент уровня/подуровня МО;
- коэффициента сложности лечения пациента.

Стоимость случая госпитализации в условиях круглосуточного стационара (СС_{КСГ}) (за исключением случаев госпитализаций по отдельным группам заболеваний, состояний, оплачиваемых по КСГ с применением коэффициента дифференциации и поправочного коэффициента к доле заработной платы и прочих расходов в составе тарифа) определяется по формуле:

$$СС_{КСГ} = БС_{КСГ} \times КД \times КЗ_{КСГ} \times ПК + БС_{КСГ} \times КД \times КСЛП, \text{ где:} \quad (5)$$

$БС_{КСГ}$ – базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи, оплачиваемой по системе КСГ в рамках ТП ОМС (средняя стоимость одного случая лечения, включенного в КСГ);

$КЗ_{КСГ}$ – коэффициент относительной затратноности по КСГ, к которой отнесен данный случай (устанавливается на федеральном уровне, кроме разгруппированных КСГ);

$ПК$ – интегрированный поправочный коэффициент оплаты КСГ для

конкретного случая;

КД – коэффициент дифференциации, установленный настоящим Тарифным соглашением для отдельных территорий Свердловской области;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента, устанавливается для случаев и в размере согласно приложениям 20-22 к настоящему Тарифному соглашению. В рамках одного случая может применяться несколько коэффициентов сложности лечения. При наличии нескольких критериев для применения КСЛП на случай лечения рассчитывается по формуле:

$$\text{КСЛП} = \text{КСЛП}_1 + \text{КСЛП}_2 + \text{КСЛП}_n \quad (6)$$

При оплате по двум КСГ КСЛП применяется только к КСГ основного заболевания. КСЛП не применяется к дополнительным КСГ st36.008 «Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении», st36.009 «Реинфузия аутокрови», st36.010 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация», st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация», st36.050-st36.054 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровни 1-5)», st36.025-st36.026 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровни 1-2)».

Интегрированный поправочный коэффициент (ПК) для конкретного случая рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты по следующей формуле:

$$\text{ПК} = \text{КС}_{\text{КСГ}} \times \text{КУС}_{\text{МО}}, \text{ где:} \quad (7)$$

$\text{КС}_{\text{КСГ}}$ – коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, устанавливается для конкретной КСГ согласно приложению 19 к настоящему Тарифному соглашению;

$\text{КУС}_{\text{МО}}$ – коэффициент уровня/подуровня стационарной медицинской помощи в отделении МО, в которой был пролечен пациент; не применяется к случаям, отнесенным к «одноуровневым» КСГ (отмечены знаком «+» в графе «КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня, подуровня оказания медицинской помощи» приложения 19 к настоящему Тарифному соглашению).»;

Стоимость случая госпитализации в условиях круглосуточного стационара ($\text{СС}_{\text{КСС}}$) для случаев госпитализаций по отдельным группам заболеваний, состояний, оплачиваемых по КСГ с применением коэффициента дифференциации и поправочного коэффициента к доле заработной платы и прочих расходов в составе тарифа, определяется по формуле:

$$\text{СС}_{\text{КСС}} = \text{БС}_{\text{КСС}} \times \text{КЗ}_{\text{КСГ}} \times ((1 - \text{Дзп}) + \text{Дзп} \times \text{ПК} \times \text{КД}) + \text{БС}_{\text{КСС}} \times \text{КД} \times \text{КСЛП}, \text{ где:} \quad (8)$$

$\text{БС}_{\text{КСС}}$ – базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи, оплачиваемой по системе КСГ в рамках ТП ОМС (средняя стоимость одного случая лечения, включенного в КСГ);

$\text{КЗ}_{\text{КСГ}}$ – коэффициент относительной затроемкости по КСГ, к которой

отнесен данный случай (устанавливается на федеральном уровне, кроме разгруппированных КСГ);

Дзп – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливается на федеральном уровне, кроме разгруппированных КСГ);

ПК – интегрированный поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая;

КД – коэффициент дифференциации, установленный настоящим Тарифным соглашением для отдельных территорий Свердловской области;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента, устанавливается для случаев и в размере согласно приложениям 20-22 к настоящему Тарифному соглашению.

7.3. Основания для отнесения к прерванному случаю госпитализации (результаты госпитализации):

- 1) случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
- 2) случаи лечения при переводе пациента из одного отделения МО в другое;
- 3) случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевод пациента из круглосуточного стационара в дневной стационар);
- 4) случаи перевода пациента в другую МО;
- 5) случаи лечения при преждевременной выписке пациента из МО в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;
- 6) случаи смерти пациента;
- 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) случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002.1–st37.002.3, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024–st37.031 с длительностью лечения менее установленного количества дней (st37.002.1, st37.006 – не менее 12 дней; st37.002.2 – не менее 14 дней; st37.031 – не менее 17 дней; st37.007, st37.030, – не менее 18 дней; st37.002.3, st37.003 – не менее 20 дней; st37.024 - st37.026 – не менее 30 дней; st37.027 - st37.029 – не менее 18 дней, от 12 до 17 дней являются прерванными, 11 дней и менее подлежат оплате по иным КСГ профиля «Медицинская реабилитация»).

Подпункт 8 пункт 7.3 изложить в новой редакции (в ред. Дополнительного соглашения № 1 от 26.01. 2026, вступает в силу с 01.01.2026):

«8) случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002.1–st37.002.3, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024–st37.031 с длительностью лечения менее установленного количества дней (st37.002.1, st37.006 – не менее 12 дней; st37.002.2 – не менее 14 дней; st37.031 – не менее 17 дней; st37.007, st37.032–st37.034 – не менее 18 дней; st37.002.3, st37.003 – не менее 20 дней; st37.024 - st37.026 – не менее 30 дней; st37.027 - st37.029 – не менее 18 дней, от 12 до 17 дней являются прерванными, 11 дней и менее подлежат оплате по иным КСГ профиля «Медицинская реабилитация»).».

9) законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1)-8) длительностью 3 дня и менее, **не включенные** в перечень КСГ, установленный ПГГ, с оптимальной длительностью до 3 дней включительно (не отмечены знаком «100%» в графе «Оплата отдельных случаев по КСГ в размере 100%, 90% и 80%» приложения 19 к настоящему Тарифному соглашению).

7.4. Оплата медицинской помощи при переводе пациента.

1) Если перевод пациента из одного отделения МО в другое или оказание медицинской помощи пациенту в период одной госпитализации в двух отделениях обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ-10, что и диагноз основного заболевания, и/или являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты (в случае равной суммы оплаты – по КСГ с более поздними сроками лечения), а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения МО в другое не производится. При этом длительность госпитализации в целях отнесения случая лечения к прерванному, включая случаи длительностью 3 дня и менее, определяется с учетом суммарного количества дней пребывания пациента в отделениях стационара.

2) Если перевод пациента, госпитализированного с целью проведения специального противоопухолевого лечения, в другое отделение данной МО обусловлен развитием фебрильной нейтропении, агранулоцитоза по КСГ st19.037, оплата производится по одной КСГ с наибольшим размером оплаты.

3) Если перевод пациента из одного отделения МО в другое в рамках круглосуточного стационара, а также между условиями оказания медицинской помощи (перевод из круглосуточного стационара в дневной стационар, 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 МО 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 7.3 основаниям.

7.5. Оплата случаев оказания медицинской помощи в период одной госпитализации в разных отделениях или МО.

1) Если медицинская помощь оказана пациенту в период одной госпитализации в разных отделениях МО по двум заболеваниям, относящимся к разным классам МКБ-10, оплата производится отдельно по двум КСГ случая лечения, каждая по соответствующему тарифу. При этом правила оплаты случая лечения с длительностью 3 дня и менее применяются для каждой КСГ случая, правило определения прерванного случая применяется для КСГ с более поздними сроками лечения.

2) В соответствии с региональными особенностями организации медицинской помощи детям, страдающим злокачественными новообразованиями, медицинская помощь, оказанная пациенту в одни и те же сроки в стационаре и дневном стационаре разных МО, оплачивается отдельно по двум КСГ, каждая по соответствующему тарифу, при соблюдении следующих условий:

- возрастная категория пациента – дети;
- код основного заболевания по МКБ-10 – из класса «С»;
- оказание медицинской помощи в дневном стационаре связано с проведением лучевой терапии.

7.6. Оплата случаев оказания медицинской помощи по двум и более КСГ.

Оплата по двум КСГ в рамках одного случая лечения, по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ-10, производится в следующих случаях:

1) проведение медицинской реабилитации после завершения лечения по поводу заболевания, по которому проводилось лечение, в той же МО, имеющей лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»;

2) 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;

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

4) оказание медицинской помощи с применением дорогостоящего оборудования для купирования жизненно угрожающих синдромов (КСГ st36.009 «Реинфузия аутокрови», st36.010 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация», st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация») на фоне лечения основного заболевания;

5) дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности, с последующим родоразрешением оплачивается по КСГ st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью», и по одной из КСГ st02.003

«Родоразрешение», st02.004 «Кесарево сечение» при условиях:

- длительность пребывания в отделении патологии в течение 6 дней и более;
- длительность пребывания в отделении патологии менее 6 дней, но не менее 2-х дней с основным диагнозом из МКБ-10: O14.1, O34.2, O36.3, O36.4, O42.2;
- 6) наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;
- 7) проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;
- 8) проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами;
- 9) проведение фактоэмульсификации с одномоментной имплантацией интраокулярной линзы на органах зрения в период одной госпитализации в разные дни;
- 10) в случае длительности госпитализации при лекарственной терапии пациентов со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей более 30 дней.
- 11) определение необходимости госпитализации по результатам госпитализации маломобильных граждан в целях прохождения диспансеризации (в ред. Дополнительного соглашения № 1 от 26.01.2026, вступает в силу с 01.01.2026).

Оплата случая только по КСГ st36.050-st36.054 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровни 1-5)» без основной КСГ, а также выставление случая по двум и более КСГ из перечня st36.050-st36.054 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровни 1-5)» с пересекающимися сроками лечения не допускается.

При этом, если лечение по одной из этих КСГ является сверхкоротким (3 дня и менее)/прерванным, то оплата осуществляется в соответствии с установленными для таких случаев правилами (п. 7.3 – 7.8 настоящего Тарифного соглашения).

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум и более КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 1)-10) пункта 7.6, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1)-9) пункта 7.3.

7.7. В случае если у пациента после оказания специализированной медицинской помощи определяются показания к получению ВМП, либо после

оказания ВМП определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках ВМП по установленному тарифу. При этом предоперационный и послеоперационный период включается в законченный случай лечения по КСГ и ВМП и не может быть представлен к оплате по второму тарифу. Медицинская помощь в неотложной и экстренной формах, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, при оказании детям медицинской помощи по КСГ либо ВМП и оплачивается МО педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, в соответствии с установленными способами оплаты. Отнесение случая к ВМП осуществляется при соответствии наименования вида ВМП, кодов МКБ-10, модели пациента, вида и метода лечения, в соответствии с приложением 23 к настоящему Тарифному соглашению. Если хотя бы один из вышеуказанных параметров ВМП не соответствует приложению 1 к ПГГ, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

7.8. Оплата отдельных случаев оказания медицинской помощи.

Приложением 8 к ПГГ и приложением 19 к настоящему Тарифному соглашению определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ 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. Приложением 19 к настоящему тарифному соглашению установлен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, за исключением основания 7) п.7.3., 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.

7.8.1. Случаи госпитализации длительностью 3 дня и менее оплачиваются в следующем порядке.

– в размере 100% стоимости КСГ по перечню групп (**отмечены** знаком «100%» в графе «Оплата отдельных случаев по КСГ в размере 100%, 90% и 80%»

приложения 19 к настоящему Тарифному соглашению) **для законченных случаев** лечения (не являющихся прерванными по основаниям 1)-8) п. 7.3.

– в размере 20% от стоимости КСГ при оказании медицинской помощи взрослым, 50% от стоимости КСГ при оказании медицинской помощи детям, (**отмечены** знаком «100%» в графе «Оплата отдельных случаев по КСГ в размере 100%, 90% и 80%» приложения 19 к настоящему Тарифному соглашению) **для прерванных случаев** лечения по основаниям 1)-8) п. 7.3.;

– в размере 100% стоимости КСГ по перечню групп (отмечены знаком «100% в графе «Оплата отдельных случаев по КСГ в размере 100%, 90% и 80%» приложения 19 к настоящему Тарифному соглашению) при проведении хирургического вмешательства и/или тромболитической терапии, являющимися основным классификационным критерием отнесения данного случая к конкретной КСГ **для законченных случаев лечения** (не являющихся прерванными по основаниям 1)-8) п. 7.3.;

– в размере 90% стоимости КСГ по перечню групп (отмечены знаком «100% в графе «Оплата отдельных случаев по КСГ в размере 100%, 90% и 80%» приложения 19 к настоящему Тарифному соглашению) при проведении хирургического вмешательства и/или тромболитической терапии, являющимися основным классификационным критерием отнесения данного случая к конкретной КСГ **для прерванных случаев лечения** (по основаниям 1)-8) п. 7.3.;

– в размере 90% или 80% стоимости КСГ по перечню групп (отмечены знаком «90%», «80%» в графе «Оплата отдельных случаев по КСГ в размере 100%, 90% и 80%» приложения 19 к настоящему Тарифному соглашению) при проведении хирургического вмешательства и/или тромболитической терапии, являющимися основным классификационным критерием отнесения данного случая к конкретной КСГ;

– в размере 20% от стоимости КСГ при оказании медицинской помощи взрослым, 50% от стоимости КСГ при оказании медицинской помощи детям, во всех других случаях (**не отмечены** знаком «100%», «90%», «80%» в графе «Оплата отдельных случаев по КСГ в размере 100%, 90% и 80%» приложения 19 к настоящему Тарифному соглашению) **для прерванных случаев** лечения по основаниям 1)-9) п. 7.3.;

7.8.2. Случаи госпитализации длительностью более 3 дней с результатом госпитализации 1)-8) оплачиваются в следующем порядке:

– в размере 100% стоимости КСГ, по перечню групп (отмечены знаком «100%», «90%» и «80%» в графе «Оплата отдельных случаев по КСГ в размере 100%, 90% и 80%» приложения 19 к настоящему Тарифному соглашению) при проведении хирургического вмешательства и/или тромболитической терапии, являющимися основным классификационным критерием отнесения данного случая к конкретной КСГ;

– в размере 50% от стоимости соответствующей КСГ, во всех других случаях.

7.9. Срок лечения в стационаре определяется от даты поступления до дня выписки из стационара (день госпитализации и день выписки считается одним днем).

7.10. ВМП по видам и методам, включенным в раздел I Перечня видов ВМП, включенных в базовую ТП ОМС, оплачивается по нормативам финансовых затрат, установленным ТП ОМС на единицу объема предоставления медицинской помощи, с применением коэффициента дифференциации к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, согласно ТП ОМС.

7.11. Случай лечения в стационаре включает совокупную стоимость медицинских услуг, оказанных пациенту в период его нахождения в стационаре, в том числе при оказании специализированной медицинской помощи в профильном отделении (отделениях) по стоимости КСГ, при оказании услуг диализа, при оказании пациенту ВМП по нормативам стоимости ВМП.

Все случаи применения двух тарифов (КСГ, ВМП) в период одной госпитализации подлежат обязательной экспертизе.

7.12. При оказании медицинской помощи с проведением заместительной почечной терапии методами диализа пациентам с почечной недостаточностью оплата производится за услугу диализа дополнительно к стоимости КСГ, являющейся поводом для госпитализации или к стоимости случая оказания ВМП. Оплата производится за количество фактически выполненных услуг диализа в течение всего периода нахождения пациента в стационаре, по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

7.13. Стоимость КСГ по профилю «Акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение (КСГ st02.003 «Родоразрешение», КСГ st02.004 «Кесарево сечение»), включает расходы на пребывание новорожденного в МО, где произошли роды.

7.14. Оплата случаев оказания медицинской помощи пациентам в приемных отделениях стационаров, не завершившихся госпитализацией, осуществляется по тарифам посещения врача соответствующей специальности и тарифам медицинских услуг.

8. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

8.1. Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, приведен в приложении 3 к настоящему Соглашению.

8.2. Стоимость законченного случая лечения по КСГ определяется на основе следующих параметров:

– базовой ставки финансирования в условиях дневного стационара

медицинской помощи, оплачиваемой по системе КСГ в рамках ТП ОМС (средняя стоимость одного случая лечения, включенного в КСГ);

- коэффициента относительной затратоемкости по КСГ;
- коэффициента дифференциации;
- поправочного коэффициента, учитывающего: коэффициент специфики, коэффициент уровня/подуровня МО;
- коэффициента сложности лечения пациента.

8.3. Стоимость случая лечения в условиях дневного стационара СС_{ДС} (за исключением случаев лечения по отдельным группам заболеваний, состояний, оплачиваемых по КСГ с применением коэффициента дифференциации и поправочного коэффициента к доле заработной платы и прочих расходов в составе тарифа) определяется по формуле:

$$СС_{ДС} = БС_{ДС} \times КД \times КЗ_{КСГ} \times ПК + БС_{ДС} \times КД \times КСЛП, \text{ где:} \quad (10)$$

$БС_{ДС}$ – базовая ставка финансирования в условиях дневного стационара медицинской помощи, оплачиваемой по системе КСГ в рамках ТП ОМС (средняя стоимость одного случая лечения, включенного в КСГ);

$КЗ_{КСГ}$ – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай (устанавливается на федеральном уровне, кроме разгруппированных КСГ);

$ПК$ – интегрированный поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая;

$КД$ – коэффициент дифференциации, установленный настоящим Тарифным соглашением для отдельных территорий Свердловской области;

$КСЛП$ – $КСЛП$ – коэффициент сложности лечения пациента, устанавливается для случаев и в размере согласно приложениям 25-27 к настоящему Тарифному соглашению. При наличии нескольких оснований для применения $КСЛП$ на случай лечения, его значение определяется как суммарное по формуле (6) п. 7.2.

Интегрированный поправочный коэффициент ($ПК$) для конкретного случая рассчитывается по формуле:

$$ПК = КС_{КСГ} \times КУС_{МО}, \text{ где:} \quad (11)$$

$КС_{КСГ}$ – коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, устанавливается для конкретной КСГ согласно приложению 23 к настоящему Тарифному соглашению;

$КУС_{МО}$ – коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи в отделении МО, в которой был пролечен пациент; не применяется к случаям, отнесенным к «одноуровневым» КСГ (отмечены знаком «+» в графе «КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня, подуровня оказания медицинской помощи» в приложении 24 к настоящему Тарифному соглашению).

Стоимость случая лечения в условиях дневного стационара $СС_{дс}$ для случаев лечения по отдельным группам заболеваний, состояний, оплачиваемых по КСГ с применением коэффициента дифференциации и поправочного коэффициента к доле заработной платы и прочих расходов в составе тарифа, определяется по формуле:

$$СС_{дс} = БС_{дс} \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - Д_{зп}) + Д_{зп} \times ПК \times КД) + БС_{дс} \times КД \times КСЛП, \text{ где:} \quad (12)$$

$БС_{дс}$ – базовая ставка финансирования в условиях дневного стационара медицинской помощи, оплачиваемой по системе КСГ в рамках ТП ОМС (средняя стоимость одного случая лечения, включенного в КСГ);

$Д_{зп}$ – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливается на федеральном уровне, кроме разгруппированных КСГ);

$КЗ_{КСГ}$ – коэффициент относительной затроемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай (устанавливается на федеральном уровне, кроме разгруппированных КСГ);

$ПК$ – интегрированный поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая;

$КД$ – коэффициент дифференциации, установленный настоящим Тарифным соглашением для отдельных территорий Свердловской области;

$КСЛП$ – коэффициент сложности лечения пациента, устанавливается для случаев и в размере согласно приложениям 25-27 к настоящему Тарифному соглашению.

8.4. Основания для отнесения к прерванному случаю лечения (результаты случая лечения):

- 1) случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
- 2) случаи лечения при переводе пациента из одного отделения МО в другое;
- 3) случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевод пациента из дневного стационара в круглосуточный стационар);
- 4) случаи перевода пациента в другую МО;
- 5) случаи лечения при преждевременной выписке пациента из МО в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;
- 6) случаи смерти пациента;
- 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) случаи лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020 – ds12.028 с длительностью лечения менее количества дней, установленных ПГГ;

9) случаи медицинской реабилитации по КСГ ds37.017–ds37.019 не менее 18 дней, от 12 до 17 дней – являются прерванными, 11 дней и менее подлежат оплате по иным КСГ профиля «Медицинская реабилитация»);

10) законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1)-9) длительностью 3 дня и менее, не включенные в перечень КСГ, установленный ПГГ, с оптимальной длительностью до 3 дней включительно (не отмечены знаком «100%» в графе «Оплата отдельных случаев по КСГ в размере 100%, 90% и 80%» приложения 24 к настоящему Тарифному соглашению).».

8.5. Оплата медицинской помощи при переводе пациента.

1) Если перевод пациента из одного отделения МО в другое или оказание медицинской помощи пациенту в период одного случая лечения в двух отделениях обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ-10, что и диагноз основного заболевания, и/или являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты (в случае равной суммы оплаты – по КСГ с более поздними сроками лечения), а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения МО в другое не производится. При этом длительность случая лечения в целях отнесения случая лечения к прерванному, включая случаи длительностью 3 дня и менее, определяется с учетом суммарного количества дней пребывания пациента в отделениях дневного стационара.

2) Если перевод пациента из одного отделения МО в другое в рамках дневного стационара, а также между условиями оказания медицинской помощи (перевод из дневного стационара в круглосуточный стационар), 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 МО 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 8.4 основаниям.

8.6. Оплата случаев оказания медицинской помощи в период одной госпитализации в разных отделениях или МО дневного стационара.

1) Если медицинская помощь оказана пациенту в период одного случая лечения в разных отделениях дневного стационара по двум заболеваниям, относящимся к разным классам МКБ-10, оплата производится отдельно по двум КСГ случая лечения, каждая по соответствующему тарифу. При этом правила оплаты случая лечения с длительностью 3 дня и менее применяются для каждой КСГ случая, правило определения прерванного случая применяется для КСГ с более поздними сроками лечения».

2) В соответствии с региональными особенностями организации медицинской помощи детям, страдающим злокачественными новообразованиями, медицинская помощь, оказанная пациенту в одни и те же сроки в стационаре и дневном стационаре разных МО, оплачивается отдельно по двум КСГ, каждая по соответствующему тарифу, при соблюдении следующих условий:

- возрастная категория пациента – дети;
- код основного заболевания по МКБ-10 – из класса «С»;
- оказание медицинской помощи в дневном стационаре связано с проведением лучевой терапии.

3) При оказании медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями, требующей проведения химиолучевой терапии с применением препарата, не отнесенного к классификационному критерию «схема mt», медицинская помощь, оказанная пациенту в одни и те же сроки и отнесенная к КСГ лучевой терапии в круглосуточном стационаре и лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), включающей соответствующий противоопухолевый препарат, в дневном стационаре этой же МО, оплачивается отдельно по двум КСГ, каждая по соответствующему тарифу.

8.7. Оплата прерванных случаев лечения

Приложением 8 к ПГГ и приложением 24 к настоящему Тарифному соглашению определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения (отмечены знаком «100%» в графе «Оплата отдельных случаев по КСГ в размере 100%, 90% и 80%»). Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ 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. Приложением 24 к настоящему тарифному соглашению установлен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, за исключением основания 7) п. 8.4., 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.

8.7.1. Случаи лечения длительностью 3 дня и менее оплачиваются в следующем порядке:

– в размере 100% стоимости КСГ по перечню групп (отмечены знаком «100%» в графе «Оплата отдельных случаев по КСГ в размере 100%, 90% и 80%» приложения 24 к настоящему Тарифному соглашению) **для законченных случаев лечения** (не являющихся прерванными по основаниям 1)-10) п. 8.4.;

– в размере 20% от стоимости КСГ при оказании медицинской помощи взрослым, 50% от стоимости КСГ при оказании медицинской помощи детям, (отмечены знаком «100%» в графе «Оплата отдельных случаев по КСГ в размере 100%, 90% и 80%» приложения 24 к настоящему Тарифному соглашению) **для прерванных случаев лечения** по основаниям 1)-9) п. 8.4.;

– в размере 100% стоимости КСГ по перечню групп (отмечены знаком «100%» в графе «Оплата отдельных случаев по КСГ в размере 100%, 90% и 80%» приложения 24 к настоящему Тарифному соглашению) при проведении хирургического вмешательства и/или тромболитической терапии, являющимися основным классификационным критерием отнесения данного случая к конкретной КСГ **для законченных случаев лечения** (не являющихся прерванными по основаниям 1)-9) п. 8.4.;

– в размере 90% стоимости КСГ по перечню групп (отмечены знаком «100%» в графе «Оплата отдельных случаев по КСГ в размере 100%, 90% и 80%» приложения 24 к настоящему Тарифному соглашению) при проведении хирургического вмешательства и/или тромболитической терапии, являющимися основным классификационным критерием отнесения данного случая к конкретной КСГ **для прерванных случаев лечения** по основаниям 1)-9) п. 8.4.;

– в размере 90% или 80% стоимости КСГ по перечню групп (отмечены знаком «90%», «80%» в графе «Оплата отдельных случаев по КСГ в размере 100%, 90% и 80%» приложения 24 к настоящему Тарифному соглашению) при проведении хирургического вмешательства и/или тромболитической терапии, являющимися основным классификационным критерием отнесения данного случая к конкретной КСГ;

– в размере 20% от стоимости КСГ при оказании медицинской помощи взрослым, 50% от стоимости КСГ при оказании медицинской помощи детям, во всех других случаях (не отмечены знаком «100%», «90%», «80%» в графе «Оплата отдельных случаев по КСГ в размере 100%, 90% и 80%» приложения 24 к настоящему Тарифному соглашению) **для прерванных случаев лечения** по основаниям 1)-10) п. 8.4.

8.7.2. Случаи лечения длительностью более 3 дней с результатом госпитализации 1)-9) оплачиваются в следующем порядке:

– в размере 100% стоимости КСГ, по перечню групп (отмечены знаком «100%», «90%» и «80%» в графе «Оплата отдельных случаев по КСГ в размере

100%, 90% и 80%» приложения 24 к настоящему Тарифному соглашению) при проведении хирургического вмешательства и/или тромболитической терапии, являющимися основным классификационным критерием отнесения данного случая к конкретной КСГ;

– в размере 50% от стоимости соответствующей КСГ, во всех других случаях.

8.8. Срок лечения в дневном стационаре определяется от даты поступления до дня выписки из дневного стационара (день госпитализации и день выписки считается за два дня).

8.9. Оплата по двум КСГ в рамках одного случая лечения по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ-10, производится в случаях установки, замены порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с проведением лекарственной терапии. При этом, если лечение по одной из этих КСГ является сверхкоротким (3 дня и менее)/прерванным, то оплата осуществляется в соответствии с установленными для таких случаев правилами (п. 8.4 – 8.7 настоящего Тарифного соглашения).

9. Порядок применения способов оплаты скорой медицинской помощи

9.1. Перечень МО, оказывающих скорую медицинскую помощь вне МО (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) приведен в приложении 4 к настоящему Тарифному соглашению.

Месячный объем финансирования МО, оказывающей скорую медицинскую помощь (ФО_{СМП}), определяется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива, численности населения в зоне обслуживания и объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи, по формуле:

$$\text{ФО}_{\text{СМП}} = \sum \text{ДПН}_{\text{СМП}} \times \text{ЧЗ}_{\text{СМО}i} + \sum \text{К}_y \times \text{Т}_y \quad (13)$$

ДПН_{СМП} – дифференцированный подушевой норматив для данной МО, устанавливается Тарифным соглашением, определяется в соответствии с Методикой согласно приложению 28 к настоящему Тарифному соглашению;

ЧЗ_{СМОi} – численность застрахованных лиц в зоне обслуживания данной ССМП (ОСМП), застрахованного i-той СМО;

К_y – количество услуг, оплата которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи (вызов);

Т_y – тариф вызова.

Месячный объем финансирования по дифференцированным подушевым нормативам является расчетным и определяется ТФОМС в разрезе СМО с учетом перевода обслуживаемого (прикрепленного) населения к правопреемнику

в случае реорганизации МО и приказом доводится до МО и СМО.

9.2. Тарифы для оплаты скорой медицинской помощи устанавливаются в расчете на выполненный вызов с дифференциацией по профилю бригады (общепрофильная, специализированная, выездная консультативная специализированная реанимационная), составу бригады (врачебная, фельдшерская) и оказываемым услугам (медицинская эвакуация, санитарная транспортировка, проведение тромболитической терапии).

9.3. По подушевому нормативу осуществляется финансовое обеспечение скорой медицинской помощи в рамках ТП ОМС, оказываемой в экстренной и неотложной формах вне МО (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

- расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии;
- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой выездными специализированными реанимационно-анестезиологическими бригадами подразделений экстренной консультативной скорой медицинской помощи в структуре МО;
- при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным по ОМС в других субъектах Российской Федерации.

Тарифы на вызов с проведением тромболитической терапии дифференцируются с учетом стоимости применяемых лекарственных препаратов.

III. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

10. Структура тарифов

10.1. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС включают расходы МО, связанные с предоставлением бесплатной медицинской помощи по видам, включенным в ТП ОМС, в соответствии со структурой тарифа, установленной частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

10.2. Структура тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС 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 ОМС.

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 ОМС.

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 ОМС.

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 ОМС, не должен превышать лимит, установленный для приобретения основных средств. Абзацы 2, 3, 4 исключить (в ред. Дополнительного соглашения №1 от 26.01.2026, вступает в силу с 01.01.2026).

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

10.3. Тарифы на оплату медицинской помощи определяются дифференцированно по уровням оказания медицинской помощи для групп МО и/или структурных подразделений (отделений) МО, в соответствии с Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленными ФОМС.

Решение по отнесению МО/отделения МО к уровню оказания медицинской помощи принимается Комиссией, в соответствии с маршрутизацией пациентов,

установленной приказами МЗ СО.

10.4. В соответствии с ТП ОМС, тарифы на оплату медицинской помощи в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе:

– 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 ФАП/ФП/ФЗП (заведующим ФАП/ФП/ФЗП, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

– врачам, фельдшерам и медицинским сестрам МО и подразделений СМП за оказанную скорую медицинскую помощь вне МО;

– врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

10.5. Структура тарифа включает расходы на оплату труда в соответствии с действующей системой оплаты труда. Не входят в тариф и за счет средств ОМС не компенсируются:

– доплаты к заработной плате, устанавливаемые органами местного самоуправления муниципальных образований Свердловской области сверх доплат, утвержденных нормативными правовыми актами Российской Федерации и Свердловской области;

– установление надбавок, доплат, повышений и других выплат к заработной плате работникам МО ведомственного подчинения и частной формы собственности сверх размеров, установленных законодательством Российской Федерации и Свердловской области.

10.6. Расходные материалы, мягкий инвентарь, медицинский инструментарий и другие изделия медицинского назначения (медицинские изделия) независимо от стоимости, при заболеваниях и состояниях, входящих в ТП ОМС, приобретаются и используются МО в объеме, необходимом для обеспечения предоставления медицинской помощи надлежащего качества и объема.

Лекарственное обеспечение пациентов при оказании бесплатной медицинской помощи осуществляется в соответствии с законодательными и нормативными актами Российской Федерации, в том числе за счет иных источников финансирования.

При оказании в рамках ТП ОМС первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной

медицинской помощи, в том числе ВМП, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами и медицинскими изделиями в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками ее оказания, перечнем ЖНВЛП, применяемых в медицинских целях.

При оказании медицинской помощи в рамках ТП ОМС, в том числе ВМП, за счет средств ОМС осуществляется обеспечение изделиями медицинского назначения, включая металлоконструкции для травматологических и ортопедических операций, протезы и эндопротезы (за исключением стоматологических протезов, протезов и эндопротезов, приобретение которых обеспечивается средствами соответствующих бюджетов в соответствии с законодательством), стабилизирующие системы, устройства для репозиции и фиксации, устройства для установки имплантатов и др.

10.7. При оказании медицинской помощи в стационарах круглосуточного пребывания застрахованные лица обеспечиваются лечебным питанием по назначению лечащего врача в соответствии с нормами, установленными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

10.8. Проведение патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях МО, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающих 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 ПГГ, в указанных МО осуществляется за счет средств ОМС.

При наличии в структуре МО патолого-анатомического отделения, возмещение расходов на проведение патолого-анатомических вскрытий осуществляется в рамках оплаты прерванного случая госпитализации по соответствующей КСГ.

При отсутствии в структуре МО патолого-анатомического отделения, оплата проведения патолого-анатомических вскрытий осуществляется по отдельным тарифам, установленным приложением 34 к настоящему Тарифному соглашению.

10.9. Тарифы по ОМС не включают расходы:

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

– на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше четырехсот тысяч рублей за единицу (за исключением средств: полученных на оплату ВМП и средств до одного миллиона рублей на приобретение медицинских изделий,

используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований, при отсутствии у МО не погашенной (просроченной) в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств ОМС), проведение капитального ремонта и проектно-сметную документацию для его проведения;

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

10.10.МО ведут отдельный аналитический учет поступления и расходования средств ОМС по условиям оказания медицинской помощи.

При определении соответствующих направлений расходования финансовых средств МО руководствуются Указаниями о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации (утверждены приказом Министерства финансов Российской Федерации от 29.11.2017 № 209н «Об утверждении порядка применения классификации операций сектора государственного управления»), общероссийским классификатором продукции по видам экономической деятельности (утвержден приказом Росстандарта от 31.01.2014 № 14-ст), классификацией основных средств, включаемых в амортизационные группы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 01.01.2002 № 1, общероссийским классификатором основных фондов ОК 013-2014 (СНС 2008) (принят и введен в действие Приказом Росстандарта от 12.12.2014 № 2018-ст).

МО при расходовании средств вправе самостоятельно определять долю расходования средств по видам расходов, включенных в тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС, с учетом соблюдения принципа эффективного и рационального использования средств ОМС, соблюдения натуральных норм по продуктам питания для пациентов, отсутствия жалоб на лекарственное обеспечение со стороны застрахованных лиц, отсутствия кредиторской задолженности.

10.11.Использование МО средств ОМС на финансирование видов медицинской помощи, не включенных в ТП ОМС, на оплату расходов, не включенных в структуру тарифов, является нецелевым.

10.12.ТФОМС осуществляет контроль целевого использования средств ОМС в МО. При установлении фактов нецелевого использования средств ОМС МО обязана возратить эти средства в бюджет ТФОМС.

11. Размер тарифов для оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

11.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС на территории Свердловской области, с учетом средств по профилю медицинская реабилитация в расчете на одно застрахованное лицо – 9 691,2 руб.

Пункт 11.1 изложить в новой редакции (в ред. Дополнительного соглашения № 1 от 26.01.2026, вступает в силу с 01.01.2026)

«11.1 Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС на территории Свердловской области, с учетом средств по профилю «Медицинская реабилитация» в расчете на одно застрахованное лицо – 9 641,9 руб.».

11.2. Средний подушевой норматив финансирования для МО, участвующих в реализации ТП ОМС, в расчете на 1 застрахованное лицо ($\text{ФО}_{\text{CP}}^{\text{АМБ}}$), базовый (средний) подушевой норматив финансирования ($\text{ПН}_{\text{БАЗ}}$):

Таблица 1

$\text{ФО}_{\text{CP}}^{\text{АМБ}}$, руб.	Коэффициент дифференциации	$\text{ПН}_{\text{БАЗ}}$, руб. на месяц	$\text{ПН}_{\text{БАЗ}}$, руб. на год	$\text{ПН}_{\text{БАЗ}}$, руб., на год с коэффициентом дифференциации
1	2	3	4	5
с 01.01.2026				
9 691,2	1,111	184	2 208	2 453,09

Таблицу 1 изложить в новой редакции (в ред. Дополнительного соглашения № 1 от 26.01.2026, вступает в силу с 01.01.2026)

Таблица 1

$\text{ФО}_{\text{CP}}^{\text{АМБ}}$, руб.	Коэффициент дифференциации	$\text{ПН}_{\text{БАЗ}}$, руб. на месяц	$\text{ПН}_{\text{БАЗ}}$, руб. на год	$\text{ПН}_{\text{БАЗ}}$, руб., на год с коэффициентом дифференциации
1	2	3	4	5
с 01.01.2026				
9 691,2	1,111	247	2 964	3 293,0

Таблицу 2 исключить (в ред. Дополнительного соглашения № 1 от 26.01.2026, вступает в силу с 01.01.2026)

Таблица 2

№ п/п	Базовые нормативы финансовых затрат на оплату медицинской помощи:	Размер базового норматива, руб.
1	2	3
1.	посещений с профилактической и иными целями:	
1.1	комплексных посещений профилактических медицинских осмотров	2 900,9
1.2	комплексных посещений диспансеризации, в том числе:	3 576,4
1.2.1	углубленной диспансеризации	2 610,4

№ п/п	Базовые нормативы финансовых затрат на оплату медицинской помощи:	Размер базового норматива, руб.
1	2	3
1.2.2	диспансеризации детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме	11 000,0
1.3	комплексных посещений диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья, в том числе:	2 149,2
1.3.1	женщин	3 393,9
1.3.2	мужчин	843,9
1.4	посещений с иными целями	564,0
2.	посещений в неотложной форме	1 167,3
3.	обращений в связи с заболеваниями	2 293,9
4.	консультаций с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой	422,1
5.	консультации с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями	373,6
6.	проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований, в том числе:	2 773,6
6.1	компьютерной томографии	2 900,0
6.2	магнитно-резонансной томографии	2 982,0
6.3	ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы	1 200,0
6.4	эндоскопического диагностического исследования	3 280,0
6.5	молекулярно-генетического исследования	10 416,0
6.6	патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала	2 861,2
6.7	ПЭТ/КТ	39 345,4
6.8	ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ	3 100,0
6.9	неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери)	16 121,2
6.10	определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР	1 224,7
6.11	лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа ВГС)	2 171,1
7.	школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, в том числе:	1 067,4

№ п/п	Базовые нормативы финансовых затрат на оплату медицинской помощи:	Размер базового норматива, руб.
1	2	3
7.1	школ сахарного диабета	1 571,8
8.	диспансерное наблюдение, в том числе:	2 886,6
8.1	онкологических заболеваний	4 009,1
8.2	сахарного диабета	2 058,5
8.3	болезней системы кровообращения	3 347,2
8.4	детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме	842,0
8.5	работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях	3 459,1
9.	комплексных посещений дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов, в том числе:	1 231,4
9.1	с сахарным диабетом	4 057,0
9.2	с артериальной гипертензией	1 071,0
10.	комплексных посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний	3 584,0
11.	комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация»	27 441,8

11.3. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (приложение 8).

11.4. Коэффициенты дифференциации и дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (приложение 9).

11.5. Перечень МО и их структурных подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, к которым применяется коэффициент дифференциации на прикрепившихся лиц (приложение 10).

11.6. Размер финансового обеспечения по типам ФАП/ФП/ФЗП (приложение 11).

11.7. Тарифы посещений на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (приложение 13).

11.8. Тарифы обращений на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (приложение 14).

11.9. Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях (приложение 15).

11.10. Тарифы посещений и случаев лечения стоматологических заболеваний по клинико-статистическим группам в амбулаторных условиях (приложение 16).

11.11. Перечень групп заболеваний, состояний и медицинских услуг для оплаты стоматологической помощи (приложение 17).

11.12. Тарифы на оплату комплексных посещений (приложение 18).

12. Размер тарифов для оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара

12.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС на территории Свердловской области, с учетом средств по профилю медицинская реабилитация в расчете на одно застрахованное лицо – 11 059,9 руб.

Размер подушевого норматива финансирования, установленного в соответствии с ТП ОМС, составляет 25 087,8 руб.

Пункт 12.1 изложить в новой редакции (в ред. Дополнительного соглашения № 1 от 26.01.2026, вступает в силу):

«12.1 Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС на территории Свердловской области, с учетом средств по профилю «Медицинская реабилитация» в расчете на одно застрахованное лицо – 10 811,6 руб.

Размер подушевого норматива финансирования, установленного в соответствии с ТП ОМС, составляет 25 087,8 руб.»;

12.2. Базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи, оплачиваемой по КСГ (БС_{КСС}):

Таблица 3

НФЗ _{КСС} , руб. с коэффициентом дифференциации	Коэффициент дифференциации	БС _{КСС} , руб. без коэффициента дифференциации
1	2	3
с 01.01.2026		
63 064,8	1,111	34 133,51

12.3. Перечень КСГ в условиях круглосуточного стационара с коэффициентами (приложение 19).

12.4. Поправочные коэффициенты оплаты по КСГ:

– коэффициент специфики (приложение 19);

– коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи:

Таблица 4

Уровень/подуровень отделения	Коэффициент
1	2
1.0	0,9
2.1	1,0
2.2	1,05
2.3	1,2
3.1	1,1
3.2	1,25

В подуровень 2.3 выделяются отделения МО, расположенные на территории закрытых административно-территориальных образований (ЗАТО): г. Лесной, г. Новоуральск, п. Свободный, п. Уральский.

Коэффициент уровня/подуровня ЗАТО применяется к КСГ, отмеченным знаком «+» в приложении 19 в графе «КСГ без применения коэффициента уровня оказания медицинской помощи (+)».

12.4.1. Перечень случаев и коэффициенты сложности лечения пациента (приложение 20).

12.4.2. Перечень сочетанных хирургических вмешательств, при выполнении которых в период пребывания пациента в стационаре применяется коэффициент сложности лечения пациента (приложение 21).

12.4.3. Перечень однотипных операций на парных органах, при выполнении которых в период пребывания пациента в стационаре применяется коэффициент сложности лечения пациента (приложение 22).

12.5. Тарифы на оплату случаев лечения заболеваний с применением методов ВМП (приложение 23).

13. Размер тарифов для оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

13.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС на территории Свердловской области, с учетом средств по профилю медицинская реабилитация в расчете на одно застрахованное лицо – 2 847,6 руб.

Размер подушевого норматива финансирования, установленного в соответствии с ТП ОМС, составляет 25 087,8 руб.

Пункт 13.1 изложить в новой редакции (в ред. Дополнительного соглашения № 1 от 26.01.2026, вступает в силу):

«13.1 Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС на территории Свердловской области, с учетом средств по профилю медицинская реабилитация в расчете на одно застрахованное лицо – 2 782,9 руб.

Размер подушевого норматива финансирования, установленного в соответствии с ТП ОМС, составляет 25 087,8 руб.»;

13.2. Базовая ставка финансирования медицинской помощи в условиях дневного стационара, оплачиваемой по КСГ (БС_{ДС}):

Таблица 5

НФЗ _{ДС} , руб. с коэффициентом дифференциации	Коэффициент дифференциации	БС _{ДС} , руб. без коэффициента дифференциации
1	2	3
с 01.01.2026		
36 087,9	1,111	18 545,39

13.3. Перечень КСГ в условиях дневного стационара с коэффициентами (приложение 24).

13.4. Поправочные коэффициенты оплаты по КСГ:

- коэффициент специфики (приложение 24);
- коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи:

Таблица 6

Уровень/подуровень отделения	Коэффициент
1	2
1.1	0,8
1.2	1,0
2.0	1,2

В уровень 2.0 выделяются отделения МО, расположенные на территории закрытых административно-территориальных образований (ЗАТО): г. Лесной, г. Новоуральск, п. Свободный, п. Уральский.

Коэффициент уровня/подуровня ЗАТО применяется к КСГ, отмеченным знаком «+» в приложении 24 в графе «КСГ без применения коэффициента уровня оказания медицинской помощи (+)».

13.3.1. Перечень случаев и коэффициенты сложности лечения пациента (приложение 25).

13.3.2. Перечень сочетанных хирургических вмешательств, при выполнении которых в период пребывания пациента в дневном стационаре применяется коэффициент сложности лечения пациента (приложение 26).

13.3.3. Перечень однотипных операций на парных органах, при выполнении которых в период пребывания пациента в дневном стационаре применяется

коэффициент сложности лечения пациента (приложение 27).

14. Размер тарифов для оплаты скорой медицинской помощи, оказываемой вне МО

14.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации ТП ОМС на территории Свердловской области, в расчете на одно застрахованное лицо – 1 450,2 руб.

14.2. Средний подушевой норматив финансирования для МО, участвующих в реализации ТП ОМС, в расчете на 1 застрахованное лицо ($\text{ФО}_{\text{СР}}^{\text{СМП}}$), базовый (средний) подушевой норматив финансирования ($\text{ПН}_{\text{БАЗ}}$):

Таблица 7

$\text{ФО}_{\text{СР}}^{\text{СМП}}$, руб.	Коэффициент дифференциации	$\text{ПН}_{\text{БАЗ}}$, руб. на месяц	$\text{ПН}_{\text{БАЗ}}$, руб. на год	$\text{ПН}_{\text{БАЗ}}$, руб., на год с коэффициентом дифференциации
1	2	3	4	5
с 01.01.2026				
1 450,2	1,111	108	1 296	1 439,86

Таблица 8

№ п/п	Базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи:	Размер базового норматива, руб.
1	2	3
1.	вызова скорой медицинской помощи	5 666,5

14.3. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи (приложение 29).

14.4. Коэффициенты дифференциации и дифференцированные подушевые нормативы финансирования станций и отделений скорой медицинской помощи (приложение 30).

14.5. Тарифы на вызов скорой медицинской помощи (приложение 31).

15. Размер тарифов для оплаты услуг диализа

15.1. Базовые тарифы на оплату услуг диализа:

Таблица 9

Код услуги	Наименование услуги	Базовый тариф, руб. без коэффициента дифференциации	Тариф, руб. с коэффициентом дифференциации 1,105	Тариф, руб. с коэффициентом дифференциации 1,140
1	2	3	4	5
A18.05.002	Гемодиализ	6 995	7 227	7 304
A18.30.001	Перитонеальный	4 857	4 912	4 938

Код услуги	Наименование услуги	Базовый тариф, руб. без коэффициента дифференциации	Тариф, руб. с коэффициентом дифференциации 1,105	Тариф, руб. с коэффициентом дифференциации 1,140
	диализ			

15.2. Коэффициенты относительной затратоемкости и тарифы услуг диализа (приложение 32).

IV. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МО ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

16. За нарушения, выявленные в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Свердловской области, МО несут ответственность в соответствии со статьей 40 Федерального закона 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» с применением к ним мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

16.1. Основанием для частичной или полной неоплаты медицинской помощи являются результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, осуществляемого в порядке, утвержденном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

16.2. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и уплаты МО штрафа по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, а также обеспечения прав застрахованных граждан (далее – Перечень оснований) и коэффициенты для определения размера применяемых санкций устанавливаются приложением 33 к Тарифному соглашению.

Размер санкций, применяемых к МО, рассчитывается в соответствии с Правилами:

– сумма неоплаты или неполной оплаты медицинской помощи – путем применения коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты медицинской помощи к тарифу, действующему на дату оказания медицинской помощи;

– сумма штрафа – путем применения коэффициента для определения размера штрафа к подушевому нормативу финансирования, установленному на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

16.3. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно статье 41 Федерального закона 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной МО, или подлежит возврату в СМО в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и порядком организации и проведения контроля.

V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01.01.2026 и действует до принятия нового.

Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению Сторон. Изменения и дополнения оформляются Дополнительным соглашением на основании протокола заседания Комиссии и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

ПРИЛОЖЕНИЯ К ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ

1. Приложение 1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

2. Приложение 2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара.

3. Приложение 3. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара.

4. Приложение 4. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации).

5. Приложение 5. Методика определения дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

6. Приложение 6. Перечень показателей и порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

7. Приложение 7. Порядок применения показателей результативности деятельности медицинских организаций.

8. Приложение 8. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

9. Приложение 9. Коэффициенты дифференциации и дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

10. Приложение 10. Перечень медицинских организаций и их структурных подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, к которым применяется коэффициент дифференциации на прикрепившихся лиц.

11. Приложение 11. Размер финансового обеспечения по типам фельдшерско-акушерских пунктов/фельдшерских пунктов/фельдшерских здравпунктов.

12. Приложение 12. фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов в составе медицинских организаций, для которых устанавливается размер финансового обеспечения в соответствии с численностью обслуживаемого (прикрепленного) населения

13. Приложение 13. Тарифы посещений на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

14. Приложение 14. Тарифы обращений на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

15. Приложение 15. Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях.

16. Приложение 16. Тарифы посещений и случаев лечения стоматологических заболеваний по клинико-статистическим группам в амбулаторных условиях.

17. Приложение 17 Перечень групп заболеваний, состояний и медицинских услуг для оплаты стоматологической помощи.

18. Приложение 18. Тарифы комплексных посещений.

19. Приложение 19. Перечень КСГ в условиях круглосуточного стационара с коэффициентами.

20. Приложение 20. Перечень случаев, при которых применяется коэффициент сложности лечения пациента при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара.

21. Приложение 21. Перечень сочетанных хирургических вмешательств, при выполнении которых в период пребывания пациента в стационаре применяется коэффициент сложности лечения пациента.

22. Приложение 22. Перечень однотипных операций на парных органах, при выполнении которых в период пребывания пациента в стационаре применяется коэффициент сложности лечения пациента.

23. Приложение 23. Тарифы видов и методов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета ФОМС.

24. Приложение 24. Перечень КСГ в условиях дневного стационара с коэффициентами.

25. Приложение 25. Перечень случаев, при которых применяется коэффициент сложности лечения пациента при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара.

26. Приложение 26. Перечень сочетанных хирургических вмешательств, при выполнении которых в период пребывания пациента в дневном стационаре применяется коэффициент сложности лечения пациента.

27. Приложение 27. Перечень однотипных операций на парных органах, при выполнении которых в период пребывания пациента в дневном стационаре применяется коэффициент сложности лечения пациента.

28. Приложение 28. Методика определения дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций при оплате скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации.

29. Приложение 29. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи.

30. Приложение 30. Коэффициенты дифференциации и дифференцированные подушевые нормативы финансирования станций и отделений скорой медицинской помощи.

31. Приложение 31. Тарифы на вызов скорой медицинской помощи.

32. Приложение 32. Коэффициенты относительной затратоемкости и тарифы услуг диализа.

33. Приложение 33. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и уплаты медицинской организацией штрафа по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, а также обеспечения прав застрахованных граждан.

34. Приложение 34. Тарифы для проведения межучрежденческих расчетов.

Первый заместитель Министра здравоохранения
Свердловской области

И.Б. Пушкарев

Заместитель директора Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Свердловской области по экономике

А.С. Худяев

Председатель Правления акционерного общества
«Астрамед-МС» (страховая медицинская компания)

Г.А. Шандалов

Член Совета Союза медицинского сообщества
«Медицинская Палата Свердловской области»»

И.П. Огарков

Председатель Свердловской областной организации
профсоюза работников здравоохранения
Российской Федерации

С.А. Угринов