ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в сфере обязательного медицинского страхования Амурской области на 2026 год

г. Благовещенск 30 января 2026 г.

Министерство здравоохранения Амурской области в лице заместителя председателя Правительства области - министра здравоохранения области С.Н. Леонтьевой,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Амурской области в лице директора Т.В.Титяевой,

Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Амурской области, в лице директора Амурского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Е.Л.Дьячковой,

Региональная общественная организация «Медицинская Палата Амурской области» в лице председателя правления А.В.Платонова,

Амурская областная организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Е.Н.Азаровой,

включенные в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Амурской области и именуемые в дальнейшем Стороны, в целях реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования заключили настоящее Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Амурской области на 2026 год (далее – Тарифное соглашение).

1. Общие положения

1.1. Тарифное соглашение разработано на основании:

- статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ);
- Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации;
- постановления 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»;

- приказа Министерства здравоохранения РФ от 21.08.2025 № 496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС);

- приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н (ред. от 15.05.2025) «Об утверждении Требований к структуре содержанию тарифного соглашения» (далее - Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения);

- приказа ФФОМС от 31.03.2021 № 34н (ред. от 15.11.2022) «Об определении Порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования»;

- приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н (ред. 04.09.2024) «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения»;

- методических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования от 28.01.2025 (в ред. 19.11.2025г.) (далее – Методические рекомендации);

- разъяснений Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.02.2025 № 31-2/И/2-2286 (в ред. 28.08.2025) «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025-2027 годы»;

- Закона Амурской области от 19.12.2025 № 728-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Амурской области на 2026 год и плановый период 2027 и 2028 годов»;

- постановления Правительства Амурской области от 21.02.2012 № 77 (в ред. от 27.02.2023 № 182) «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Амурской области»;

- постановления Правительства Амурской области от 23.01.2026 № 30 «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Амурской области медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов».

1.2. Предметом Тарифного соглашения является тарифное регулирование оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования (далее – Базовая программа ОМС) и территориальной

программы обязательного медицинского страхования на 2026 год (далее – Территориальная программа ОМС).

1.3. Тарифное соглашение устанавливает тарифы на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, порядок формирования и применения тарифов на медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС), а также структуру тарифов и состав расходов, включаемых в тарифы на медицинские услуги.

1.4. Тарифное соглашение и тарифы применяются для расчетов за медицинскую помощь, оказываемую в соответствии с Территориальной программой ОМС застрахованным на территории Амурской области лицам, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями Амурской области лицам, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации, по видам медицинской помощи, установленным Базовой программой ОМС.

1.5. Тарифное соглашение распространяется на всех участников при выполнении Территориальной программы ОМС.

1.6. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС являются приложениями к Тарифному соглашению.

1.7. Оплата медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы ОМС, производится в соответствии с заключенными договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, Правилами ОМС, настоящим Тарифным соглашением, а также иными нормативными документами в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными в установленном порядке.

1.8. Для целей настоящего Тарифного соглашения используются следующие основные понятия:

1) медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

2) медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

3) медицинская деятельность – профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

4) медицинская организация – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, и включенное в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность;

5) страховая медицинская организация – страховая организация, имеющая лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности, и включенная в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

6) качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата;

7) медико-экономический контроль - установление соответствия сведений об объемах и стоимости оказанной застрахованным лицам медицинской помощи на основании представленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров по обязательному медицинскому страхованию или договоров в рамках базовой программы, программам обязательного медицинского страхования, объемам предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи;

8) медико-экономическая экспертиза – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации медицинской организации;

9) экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата;

10) посещение – статистическая единица учета, соответствующая одному посещению пациентом врача (или медицинского работника, имеющего среднее медицинское образование и ведущего самостоятельный

прием) или врачом (или медицинским работником, имеющим среднее медицинское образование и ведущим самостоятельный прием) больного на дому.

Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях (число посещений с профилактическими и иными целями) включает:

а) объем комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров (включая 1-е посещение для проведения диспансерного наблюдения);

б) объем комплексных посещений для проведения диспансеризации, в том числе для проведения углубленной диспансеризации;

в) объем комплексных посещений для проведения диспансеризации граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;

г) объем посещений с иными целями, в том числе:

объем посещений для проведения диспансерного наблюдения (за исключением 1-го посещения) граждан, страдающих отдельными видами хронических инфекционных и неинфекционных заболеваний, или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений);

посещения в целях исследования уровня гликированного гемоглобина в крови, посещения врача-дерматолога в целях осмотра кожных покровов (врача-терапевта в случае отсутствия в штате медицинской организации врача-дерматолога);

объем разовых посещений в связи с заболеванием;

объем посещений центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), за исключением комплексных посещений с профилактическими целями центров здоровья взрослого населения в соответствии с установленными нормативами;

объем посещений центров амбулаторной онкологической помощи;

объем посещений медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;

объем посещений с другими целями (патронаж, проведение медицинского осмотра/медицинского обследования перед профилактической прививкой/вакцинацией, выдача справок и иных медицинских документов и др.).

Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме на 2026 год, составляет 0,54 посещения на 1 застрахованное лицо.

11) обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее 2 посещений по поводу одного заболевания.

Объем медицинской помощи второго этапа диспансеризации включен в норматив объема медицинской помощи по обращениям в связи с заболеваниями.

Под законченным случаем лечения заболевания в амбулаторных условиях понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

12) комплексное посещение по профилю «Медицинская реабилитация» - законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включающий набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации;

13) условная единица трудоемкости (УЕТ) – норматив времени, затрачиваемый при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врачом на терапевтическом и хирургическом приеме, равный 10 минутам;

14) случай госпитализации – случай 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 Территориальной программы ОМС;

15) высокотехнологичная медицинская помощь – медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, которая включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники;

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

17) базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента,

определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС (средняя стоимость законченного случая лечения);

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

19) поправочные коэффициенты – устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов;

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

21) коэффициент уровня оказания медицинской помощи – коэффициент, учитывающий различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях;

22) коэффициент подуровня оказания медицинской помощи – коэффициент, учитывающий различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами;

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

24) коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики" – устанавливаются для отдельных медицинских организаций;

25) случай оказания медицинской помощи в приемном отделении – оказание неотложной медицинской помощи с проведением лечебно-диагностических мероприятий в приемном отделении круглосуточного стационара без последующей госпитализации (при отсутствии показаний для госпитализации, при отказе пациента от госпитализации) при условии наблюдения за состоянием здоровья пациентов до шести часов;

26) тарифы на оплату медицинской помощи – денежные суммы, определяющие уровень возмещения расходов медицинских организаций по выполнению Территориальной программы ОМС;

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

28) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц (далее – подушевой норматив) – плановая сумма финансовых средств на одно застрахованное лицо, прикрепившееся к медицинской организации, предназначенная для оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

2. Способы оплаты медицинской помощи

2.1. Применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию (приложение № 1 к Тарифному соглашению):

2.1.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

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

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

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю "медицинская реабилитация", оказанной гражданам на дому) на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских и (или) дистанционных технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями, за исключением расходов на оплату телемедицинских консультаций маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, а также жителям отдаленных и малонаселенных районов, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения,

проведение медицинским психологом консультирования ветеранов боевых действий, супруга (супруги) участника специальной военной операции, а также супруга (супруги) участника специальной военной операции, пропавшего без вести, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования.

б) 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 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 (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 по оценке репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

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 сахарного диабета и школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

в) по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации.

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

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

территориальной программой для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний);

- за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случаях прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 34, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа, а также за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний.

2.1.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

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

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при

возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложении № 40, 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);

2.1.4. 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 обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

2.1.5. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, может применяться способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе показателей объема медицинской помощи. При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы 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, 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, в том числе центрами здоровья (центрами медицины здорового долголетия), дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом и расходы на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) и на медицинскую помощь 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, относящимися к категории маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, или их законными представителями, а также с пациентами, являющимися жителями отдаленных и малонаселенных районов.

2.2. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинской организацией застрахованному лицу, осуществляется в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с установленными способами оплаты медицинской помощи.

2.3. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным Правилами ОМС:

- на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи по ОМС в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС;

- по тарифам и способам оплаты медицинской помощи, утвержденными настоящим Тарифным соглашением;

- с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

2.4. Реестры счетов и счета на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, предоставляются ежемесячно в сроки, определенные договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

2.5. Медицинская помощь, отклоненная от оплаты по результатам проведенного Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Амурской области (далее – ТФОМС) медико-экономического контроля, может быть предоставлена после доработки к оплате дополнительно, но не позднее 5 рабочих дней со дня получения от ТФОМС заключения по результатам медико-экономического контроля, за исключением случаев внесения изменений в ранее распределенные медицинским организациям решением комиссии, указанной в части 9 статьи 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», объемы предоставления медицинской помощи и ее финансового обеспечения.

2.6. Медицинская помощь, оказанная застрахованному лицу, оплачивается той страховой медицинской организацией, в которой пациент застрахован на дату завершения лечения.

2.7. Оплата медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным в Амурской области, осуществляется страховыми медицинскими организациями.

2.8. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, расположенными на территории Амурской области, гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, осуществляется ТФОМС в объеме Базовой программы ОМС.

2.9. При отсутствии возможности оказания застрахованным лицам первичной медико-санитарной помощи в полном объеме и на условиях, определенных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Амурской области медицинской помощи (отсутствие или длительное отсутствие врача-специалиста, отсутствие возможности проведения тех или иных диагностических исследований и др.), медицинская организация обеспечивает оказание необходимых медицинских услуг в сторонних медицинских организациях в рамках Договоров между медицинскими организациями.

При направлении в учреждения государственной системы здравоохранения Амурской области некоторых категорий военнослужащих, сотрудников правоохранительных органов и членов их семей, лиц,

находящихся на их иждивении, а также отдельных категорий граждан, уволенных с военной службы и службы в правоохранительных органах, возмещение за услуги, оказанные в рамках Договоров между медицинскими организациями, производится по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

2.10. При отсутствии возможности проведения исследований на рентгеновском компьютерном томографе и магнитно-резонансном томографе при оказании специализированной помощи в стационарных условиях медицинская организация обеспечивает оказание исследований в сторонних медицинских организациях в рамках гражданско-правовых договоров между медицинскими организациями.

2.11. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в связи с причинением вреда здоровью вследствие тяжелого несчастного случая на производстве, осуществляется за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации, и компенсация указанных расходов за счет средств ОМС не производится.

2.12. Медицинские организации в соответствии со ст. 20 Федерального закона № 326-ФЗ обязаны вести персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам. Правила ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования утверждены постановлением Правительства РФ от 05.11.2022 № 1998.

2.13. Информационное взаимодействие осуществляется в соответствии с приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем в сфере обязательного медицинского страхования» и от 31.03.2021 № 34н «Об определении Порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

2.14. Обмен информацией осуществляется по электронным каналам связи, включая информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет», с использованием системы криптографической защиты каналов связи ViPNet, а также региональной информационной системы обязательного медицинского страхования.

Информационное взаимодействие реализуется в соответствии с форматами передачи сведений и протоколами взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, размещаемыми на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

2.15. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

2.15.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями (структурными подразделениями медицинских организаций), имеющими прикрепившихся лиц.

2.15.1.1. Оплата осуществляется по подушевому нормативу.

В подушевой норматив включаются расходы на:

- оказание первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказываемой участковой службой (врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами узких специальностей (за исключением врачей-стоматологов), врачами-терапевтами, медицинскими работниками, имеющими среднее медицинское образование, ведущими самостоятельный прием (за исключением зубных врачей);

- лабораторные и диагностические исследования (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определение 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), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (приложение № 50 к Тарифному соглашению), исследований на наличие вируса гриппа (приложение № 53 к Тарифному соглашению); на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в т.ч. с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания (приложения № 61, 62 к Тарифному соглашению);

- прививочную работу (за исключением прививочной работы для неприкрепленного населения (приложение № 48 к Тарифному соглашению);

- на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (при оказании медицинской помощи застрахованному лицу, прикрепленному к указанной медицинской организации);

- проведение консультирования медицинским психологом по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования: пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период (приложение № 10 к Тарифному соглашению);

- проведение скринингового исследования на антитела по гепатиту С беременным женщинам (приложение № 69 к Тарифному соглашению);

- исследования на выявление ранних признаков дислипидемии и формирования атеросклероза (определение уровня липопротеида (а) в крови, оценка липидного профиля у пациентов (общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, холестерин липопротеидов очень низкой плотности, триглицериды).

В подушевой норматив не включаются расходы на:

- оплату за услугу диализа в амбулаторных условиях (приложение №18 к Тарифному соглашению);

- оплату медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме (приложение №6 к Тарифному соглашению);

- оплату стоматологической медицинской помощи;

- проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определение 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) (приложения №№ 19.1, 19.2, 19.3, 19.4, 19.5, 19.6, 19.7, 19.8, 19.9, 19.10, 19.11, 19.12 к Тарифному соглашению);

- ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в т.ч. с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания (приложение № 61 и № 62 к Тарифному соглашению);

- тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции COVID-19) (приложение № 50 к Тарифному соглашению), исследований на наличие вируса гриппа (приложение № 53 к Тарифному соглашению);

- финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации (включая второй этап) и профилактических осмотров отдельных категорий граждан и диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья (центрами медицины здорового долголетия), и (или) обучающихся в образовательных организациях, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (приложение № 12 к Тарифному соглашению, приложение № 13 к Тарифному соглашению, приложение № 14 к Тарифному соглашению, приложение № 59 к Тарифному соглашению));

- оплату диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме (приложение № 59 к Тарифному соглашению);

- проведение углубленной диспансеризации (приложение № 55 к Тарифному соглашению);

- проведение диспансеризации взрослого населения по оценке репродуктивного здоровья женщин и мужчин (приложение № 23 к Тарифному соглашению);

- медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение) (приложение № 22 к Тарифному соглашению);

- посещения с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия) (приложение № 16 к Тарифному соглашению);

- проведение комплексной пренатальной дородовой диагностики при сроке беременности 11-14 недель и скринингового ультразвукового исследования при сроке беременности 18-21 неделя беременным женщинам, прикрепленным к другим медицинским организациям (приложения № 20 и № 21 к Тарифному соглашению);

- оплату медицинской помощи, оказываемой в Центрах амбулаторной онкологической помощи, прикрепленным к другим медицинским организациям (приложение № 48 к Тарифному соглашению);

- оплату дистанционного наблюдения за показателями артериального давления и уровнем глюкозы в крови с предоставлением прибора в амбулаторных условиях (приложение № 49 к Тарифному соглашению);

- оплату отдельных медицинских услуг, специальных методов исследований и лечения в амбулаторных условиях (приложение № 19.7 к Тарифному соглашению);

- финансовое обеспечение ФП, ФАП (приложение № 28 к Тарифному соглашению);

- оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения (приложение № 68 к Тарифному соглашению);

- оплату лабораторных исследований «Определение РНК не полиомиелитных энтеровирусов в образцах фекалий методом ПЦР» (приложение № 70 к Тарифному соглашению);

- жидкостное цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (Приложение № 71 к Тарифному соглашению);

- санация полости рта пациентам с ментальными нарушениями (Приложение № 72 к Тарифному соглашению);

- исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови (Приложение № 73 к Тарифному соглашению);

- проведение обследования женщин при подготовке к ЭКО (Приложение № 74 к Тарифному соглашению);

- исследование коротколатентных вызванных потенциалов, регистрация вызванных акустических ответов мозга на постоянные модулированные тоны (ASSR тест) (Приложение № 75 к Тарифному соглашению).

Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу осуществляется страховой медицинской организацией на основании акта сверки численности застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинской организации по состоянию на первое число расчетного месяца.

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение имеющей прикрепившихся лиц медицинской организации по подушевому нормативу, определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

При этом размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу определяется по следующей формуле:

$$ОС_{ПН} = ФДП_{Н}^{i} \times Ч_{З}^{i} + ОС_{РД}, \text{ где:}$$

$ОС_{ПН}$ — финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, рублей;

$ОС_{РД}$ — объем средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности, рублей.

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций определен в соответствии с приказом Минздрава России от 10.02.2023 г. № 44н (в ред. от 15.05.2025) «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения" (Таблица 1 приложение № 57б к Тарифному соглашению»).

Методика применения показателей результативности деятельности медицинских организаций при выполнении территориальной программы обязательного медицинского страхования, финансируемых по подушевому нормативу, имеющих прикрепленное население, является Приложением № 57 к Тарифному соглашению. Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций определен в Приложении № 58 к Тарифному соглашению.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций проводится Комиссией не реже одного раза в квартал.

Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности производится по итогам года.

Выплаты по итогам года распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года - ноябрь текущего года (включительно) и включаются в счет за ноябрь.

Доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности

деятельности, предусмотренных приложением № 58 к Тарифному соглашению составляет 5 процентов и выплачивается дополнительно.

2.15.1.2. Оплата за единицу объема медицинской помощи – за посещение, обращение (законченный случай), за медицинскую услугу осуществляется:

а) за посещение:

- при оказании медицинской помощи в неотложной форме.

Посещение при оказании неотложной помощи включает в себя оказание первичной доврачебной, первичной медико-санитарной врачебной и специализированной врачебной медицинской помощи независимо от прикрепления застрахованных лиц к медицинской организации при внезапных острых заболеваниях, состояниях (в том числе травмах, отравлениях – первичное посещение), обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни пациента и не требующих оказания экстренной медицинской помощи.

- с профилактической целью:

Профиль медицинской помощи	Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь	Медицинская организация, направляющая на оказание медицинской помощи прикрепленных граждан
при диспансерном наблюдении женщин в период беременности	ГБУЗ АО «Свободненская межрайонная больница»	ГБУЗ АО «Свободненская городская поликлиника»
при разовых посещениях в связи с заболеванием:		
- по профилю «акушерство и гинекология»	ГБУЗ АО «Свободненская межрайонная больница»	ГБУЗ АО «Свободненская городская поликлиника»
по профилю «травматология и ортопедия»	ГБУЗ АО «Свободненская межрайонная больница»	ГБУЗ АО «Свободненская городская поликлиника», Свободненская поликлиника ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России, МСЧ космодрома «Восточный» ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России, ЧУЗ "Поликлиника "РЖД-Медицина" города Тында" (Структурное подразделение

		Поликлиника № 8 на ст. Свободный), ГБУЗ АО «Мазановская районная больница»
при разовых посещениях в связи с заболеванием по профилю «дерматология» (детское население)	ГБУЗ АО «Свободненская межрайонная больница»	Свободненская поликлиника ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России, МСЧ космодрома «Восточный» ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России
при разовых посещениях в связи с заболеванием по профилю «дерматология» застрахованных лиц (взрослое население)	ГБУЗ АО «Свободненская городская поликлиника»	ГБУЗ АО «Свободненская межрайонная больница», Свободненская поликлиника ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России, МСЧ космодрома «Восточный» ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России, ЧУЗ "Поликлиника "РЖД-Медицина" города Тында" (Структурное подразделение Поликлиника № 8 на ст. Свободный).
при разовых посещениях в связи с заболеванием по профилю «хирургия»	ГБУЗ АО «Свободненская городская поликлиника», ГБУЗ АО «Серышевская районная больница»	ГБУЗ АО «Мазановская районная больница»;
при разовых посещениях в связи с заболеванием по врачебным специальностям, за исключением профиля «терапия», «дерматология» (взрослое население)	ГБУЗ АО «Свободненская городская поликлиника», Свободненская поликлиника ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России, ЧУЗ "Поликлиника "РЖД-Медицина" города Тында" (Структурное подразделение Поликлиника № 8 на ст. Свободный), МСЧ космодрома «Восточный» ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России;	ГБУЗ АО «Свободненская межрайонная больница»
при разовых посещениях в связи с заболеванием	ГБУЗ АО «Свободненская городская поликлиника», Свободненская	ГБУЗ АО «Свободненская межрайонная больница»

по профилю «терапия» (взрослое население)	поликлиника ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России, ЧУЗ "Поликлиника "РЖД-Медицина" города Тында" (Структурное подразделение Поликлиника № 8 на ст. Свободный, МСЧ космодрома «Восточный» ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России с последующим взаиморасчетом по действующим тарифам за посещение (приложение № 15 к Тарифному соглашению).	

Разовые посещения в связи с заболеванием относятся к объему медицинской помощи в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями.

- при оказании услуг, оказанных врачом-онкологом в Центре амбулаторной онкологической помощи застрахованным, прикрепленным к другим медицинским организациям (в соответствии с зонами обслуживания, установленными министерством здравоохранения Амурской области) (приложение № 48 к Тарифному соглашению);

- при ведении школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в т.ч. сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания (приложения № 61 и № 62 к Тарифному соглашению);

б) за обращение (законченный случай):

Профиль медицинской помощи	Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь	Медицинская организация, направляющая на оказание медицинской помощи прикрепленных граждан
- при обращении по поводу заболевания с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания:		
по профилю	ГБУЗ АО «Свободненская	ГБУЗ АО «Свободненская

«акушерство и гинекология»	межрайонная больница»	городская поликлиника»
по профилю «травматология и ортопедия»	ГБУЗ АО «Свободненская межрайонная больница»	ГБУЗ АО «Свободненская городская поликлиника», Свободненская поликлиника ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России, МСЧ космодрома «Восточный» ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России, ЧУЗ "Поликлиника "РЖД-Медицина" города Тында" (Структурное подразделение Поликлиника № 8 на ст. Свободный), ГБУЗ АО «Мазановская районная больница»
при обращении по поводу заболевания с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания по профилю «хирургия»	ГБУЗ АО «Свободненская городская поликлиника», ГБУЗ АО «Серышевская районная больница»	ГБУЗ АО «Мазановская районная больница»;
при обращении по поводу заболевания с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания застрахованных лиц (взрослое население) по врачебным специальностям, за исключением профилей «терапия», «дерматология»	ГБУЗ АО «Свободненская городская поликлиника», Свободненская поликлиника ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России», ЧУЗ "Поликлиника "РЖД-Медицина" города Тында" (Структурное подразделение Поликлиника № 8 на ст. Свободный), МСЧ космодрома «Восточный» ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России	ГБУЗ АО «Свободненская межрайонная больница»
при обращении по поводу заболевания с кратностью не менее двух посещений по	ГБУЗ АО «Свободненская межрайонная больница»	Свободненская поликлиника ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России, МСЧ космодрома «Восточный» ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России

поводу одного заболевания застрахованных лиц (детское население) по профилю «дерматология»		
при обращении по поводу заболевания с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания застрахованных лиц (взрослое население) по профилю «дерматология»	ГБУЗ АО «Свободненская городская поликлиника»	ГБУЗ АО «Свободненская межрайонная больница», Свободненская поликлиника ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России, МСЧ космодрома «Восточный» ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России, ЧУЗ "Поликлиника "РЖД-Медицина" города Тында" (Структурное подразделение Поликлиника № 8 на ст. Свободный).
при обращении по поводу заболевания с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания по профилю «терапия» застрахованных лиц (взрослое население)	ГБУЗ АО «Свободненская городская поликлиника», Свободненская поликлиника ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России, ЧУЗ "Поликлиника "РЖД-Медицина" города Тында" (Структурное подразделение Поликлиника № 8 на ст. Свободный), МСЧ космодрома «Восточный» ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России с последующим взаиморасчетом по действующим тарифам за обращение (приложение № 8 к Тарифному соглашению)	ГБУЗ «Свободненская межрайонная больница» -

При наступлении законченного случая более чем через месяц при кратности не менее двух посещений в месяц оплата производится ежемесячно;

- при обращении в Центр здоровья (центр медицины здорового долголетия);

- за комплексное посещение при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» (приложение № 22 к Тарифному соглашению);

- за комплексное посещение при проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;

- за комплексное посещение диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин (приложение № 23 к Тарифному соглашению).

При невозможности проведения в медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, осмотров врача акушера-гинеколога, врача-уролога (врача-хирурга, прошедшего подготовку по вопросам репродуктивного здоровья) и диагностических (лабораторных и инструментальных) исследований по приложению № 23 к Тарифному соглашению, к проведению диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья привлекаются соответствующие врачи иных медицинских организаций (в том числе на основе выездных форм работы), а также их диагностические подразделения (для проведение микроскопических, бактериологических и цитологических исследований мазков, ультразвуковых исследований органов малого таза и наружных половых органов, молочных желез), в том числе врачи-специалисты и медицинское оборудование федеральных медицинских организаций, с последующим возмещением затрат иных медицинских организаций в рамках межучрежденческих взаиморасчетов.;

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

- за комплексное посещение при проведении диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, диспансерное наблюдение детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме (приложение № 59 к Тарифному соглашению);

Норматив комплексных посещений в целях осуществления диспансерного наблюдения распространяется на онкологических пациентов после завершения лечения, исключая контингент лиц, получающих консультативные и диагностические услуги:

- при подозрении на онкологическое заболевание,

- с подтвержденным диагнозом, находящихся на этапе обследования, получающих лечение и обследующихся в рамках межкурсового лечения при проведении противоопухолевой лекарственной терапии (далее – ПЛТ) или в рамках комплексного лечения после завершения хирургического или лучевого этапа лечения и начала ПЛТ,

- пациентов с паллиативным статусом.

в) за медицинскую услугу:

- проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определение 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) (приложения №№ 19.1, 19.2, 19.3, 19.4, 19.5, 19.6, 19.7, 19.8, 19.9, 19.10, 19.11, 19.12 к Тарифному соглашению);

- тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции COVID-19) (приложение № 50 к Тарифному соглашению), исследований на наличие вируса гриппа (приложение № 53 к Тарифному соглашению);

- при проведении комплексной пренатальной дородовой диагностики при сроке беременности 11-14 недель беременным женщинам, прикрепленным к другим медицинским организациям (приложение № 20 к Тарифному соглашению);

- при проведении скринингового ультразвукового исследования при сроке беременности 18-21 неделя беременным женщинам, прикрепленным к другим медицинским организациям (приложение № 21 к Тарифному соглашению);

- при дистанционном наблюдении за показателями артериального давления и уровнем глюкозы в крови с предоставлением прибора в амбулаторных условиях (приложение № 49 к Тарифному соглашению);

- при оказании отдельных медицинских услуг, специальных методов исследований и лечения в амбулаторных условиях (приложение № 19.7 к Тарифному соглашению);

- при оказании медицинских услуг неприкрепленному населению с применением передвижных мобильных медицинских комплексов (приложение № 54 к Тарифному соглашению);

- при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения;

- оплату лабораторных исследований «Определение РНК не полиомиелитных энтеровирусов в образцах фекалий методом ПЦР» (приложение № 70 к Тарифному соглашению);

- жидкостное цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (Приложение №71 к Тарифному соглашению);

- санация полости рта пациентам с ментальными нарушениями (Приложение №72 к Тарифному соглашению);

- исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови (Приложение №73 к Тарифному соглашению);

- проведение обследования женщин при подготовке к ЭКО (Приложение №74 к Тарифному соглашению);

- исследование коротколатентных вызванных потенциалов, регистрация вызванных акустических ответов мозга на постоянные модулированные тоны (ASSR тест) (Приложение №75 к Тарифному соглашению).

При оказании стоматологической помощи по поводу заболевания единицей объема является обращение, с профилактической целью и при оказании медицинской помощи в неотложной форме – посещение.

При этом учитывается средняя кратность УЕТ в одном посещении, которая составляет 4,2, число УЕТ в одном посещении с профилактической целью – 4,0, в одном обращении в связи с заболеванием (законченном случае лечения) – 9,4. Стоимость посещения и обращения корректируется с учетом содержащегося в них количества УЕТ.

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях (приложение № 11 к Тарифному соглашению), определено «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», разработанными Министерством здравоохранения РФ и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

При оказании первичной медико-санитарной помощи детям с момента рождения до получения полиса обязательного медицинского страхования, но не более 30 дней, оплата осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за посещение, обращение (законченный случай), за медицинскую услугу.

Перечень медицинских организаций
(структурных подразделений медицинских организаций),
имеющих прикрепившихся лиц:

№ п/п	Реестровый номер	Наименование медицинской организации

1	280003	ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница» (структурные подразделения Благовещенского района)
2	280017	ГАУЗ АО «Белогорская межрайонная больница»
3	280001	ГБУЗ АО «Свободненская межрайонная больница» (за исключением женской консультации и травмпункта)
4	280052	ГБУЗ АО «Свободненская городская поликлиника»
5	280012	ГБУЗ АО «Шимановская районная больница»
6	280024	ГБУЗ АО «Архаринская районная больница»
7	280036	ГАУЗ АО «Городская поликлиника № 1» г. Благовещенск
8	280085	ГБУЗ АО «Городская поликлиника № 2» г. Благовещенск
9	280038	ГАУЗ АО «Городская поликлиника № 3» г. Благовещенск
10	280066	ГАУЗ АО «Городская поликлиника № 4» г. Благовещенск
11	280064	ГАУЗ АО «Детская городская клиническая больница»
12	280084	ГБУЗ АО «Зейская межрайонная больница им. Б.Е.Смирнова»
13	280067	ГБУЗ АО «Завитинская районная больница»
14	280007	ГАУЗ АО «Ивановская районная больница»
15	280002	ГАУЗ АО «Константиновская районная больница»
16	280029	ГБУЗ АО «Магдагачинская районная больница»
17	280039	ГБУЗ АО «Мазановская районная больница»
18	280020	ГАУЗ АО «Михайловская районная больница»
19	280053	ГБУЗ АО «Октябрьская районная больница»
20	280075	ГБУЗ АО «Райчихинская городская больница»
21	280019	ГАУЗ АО «Больница рабочего поселка (пгт) Прогресс»
22	280071	ГБУЗ АО «Ромненская районная больница»
23	280025	ГБУЗ АО «Селемджинская районная больница»
24	280078	ГБУЗ АО «Серышевская районная больница»
25	280059	ГБУЗ АО «Сковородинская центральная районная больница»
26	280080	ГАУЗ АО «Тамбовская районная больница»
27	280027	ГАУЗ АО «Тындинская межрайонная больница»
28	280068	ГБУЗ АО «Бурейская районная больница»
29	280076	Свободненская поликлиника Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Дальневосточный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства»
30	280069	ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России (структурное подразделение НПЛЦ «Семейный врач»)
31	280083	Федеральное казенное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Амурской области»
32	280041	ЧУЗ «Больница «РЖД-Медицина» города Тында»
		в том числе структурные подразделения:
		ЧУЗ "Поликлиника "РЖД-Медицина" города Тында" Поликлиника № 1 на ст. Тында
		ЧУЗ "Поликлиника "РЖД-Медицина" города Тында" Поликлиника № 2 на ст. Завитая
		ЧУЗ "Поликлиника "РЖД-Медицина" города Тында" Поликлиника № 3 на ст. Ерофей Павлович

		ЧУЗ "Поликлиника "РЖД-Медицина" города Тында" Поликлиника № 4 на ст. Магдагачи
		ЧУЗ "Поликлиника "РЖД-Медицина" города Тында" (Поликлиника № 5 на ст. Сковородино)
		ЧУЗ "Поликлиника "РЖД-Медицина" города Тында" (Поликлиника № 6 на ст. Шимановская)
		ЧУЗ "Поликлиника "РЖД-Медицина" города Тында" Структурное подразделение на ст. Белогорск (Поликлиника № 7 на ст. Белогорск и Поликлиника № 8 на ст. Свободный)
		ЧУЗ "Поликлиника "РЖД-Медицина" города Тында" Структурное подразделение на ст. Февральск "(Поликлиника № 9)
33	280125	МСЧ космодрома «Восточный» Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Дальневосточный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства»

2.15.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями (структурными подразделениями медицинских организаций), не имеющими прикрепившихся лиц.

Оплата за единицу объема медицинской помощи – за посещение, обращение (законченный случай), за медицинскую услугу осуществляется:

а) за посещение:

- при оказании медицинской помощи в неотложной форме.

Посещение при оказании неотложной помощи включает в себя оказание медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях (в том числе травмах, отравлениях – первичное посещение), обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни пациента и не требующих оказания экстренной медицинской помощи.

- с иными целями, в том числе в связи с другими обстоятельствами (получением справки, других медицинских документов);

- при разовых посещениях в связи с заболеванием для застрахованных лиц, прикрепившихся к другим медицинским организациям.

Посещения с иными целями и разовые посещения в связи с заболеванием относятся к объему медицинской помощи в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями.

Прием застрахованных врачами-специалистами ГАУЗ АО «Амурский областной онкологический диспансер», ФГБНУ «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания», Кардиохирургического центра Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации и консультативных поликлиник ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница» осуществляется при наличии направления из медицинской организации, к

которой прикреплен застрахованный, с последующим предоставлением реестров и счетов на оплату медицинской помощи в страховые медицинские организации.

Прием застрахованных врачами-специалистами ООО МЛ «Мицар», ООО «Клиника сердца», ООО «Здоровье», ООО «АРТЕР ГРУПП», ГБУЗ АО «Амурский областной детский центр медицинской реабилитации «Надежда» осуществляется по действующим тарифам за посещение (приложение № 15 к Тарифному соглашению).

б) за обращение (законченный случай):

- с профилактической целью:

- при проведении скрининга, направленного на раннее выявление онкологических заболеваний женской репродуктивной сферы НП «Лечебно-диагностический комплекс «Белая Роза»;

- при обращении по поводу заболевания застрахованного лица с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания к врачам-специалистам и прикрепившегося застрахованного лица к другой медицинской организации.

При наступлении законченного случая более чем через месяц при кратности не менее двух посещений в месяц оплата производится ежемесячно.

Прием застрахованных врачами-специалистами ГАУЗ АО «Амурский областной онкологический диспансер», ФГБНУ «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания» и консультативных поликлиник ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница» осуществляется при наличии направления из медицинской организации, к которой прикреплен застрахованный, с последующим предоставлением реестров и счетов на оплату медицинской помощи в страховые медицинские организации.

Прием застрахованных врачами-специалистами ООО «Клиника сердца», ООО «Здоровье», ООО «АРТЕР ГРУПП», ООО «Нефролайн-Амур», ООО «Б.Браун Авитум Руссланд Клиникс», ООО МЛ «Мицар», НП «Лечебно-диагностический комплекс «Белая Роза», ГБУЗ АО «Амурский областной детский центр медицинской реабилитации «Надежда» осуществляется по действующим тарифам за обращение (приложение № 8 к Тарифному соглашению).

в) за медицинскую услугу:

- при проведении диализа.

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну услугу экстракорпорального диализа и один день перитонеального диализа. При проведении диализа в

амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников.

- проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определение 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) (приложения №№ 19.1, 19.2, 19.3, 19.4, 19.5, 19.6, 19.7,19.8, 19.9, 19.10, 19.11, 19.12 к Тарифному соглашению);

- тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции COVID-19) (приложение № 50 к Тарифному соглашению), исследований на наличие вируса гриппа (приложение № 53 к Тарифному соглашению);

- при проведении комплексной пренатальной дородовой диагностики при сроке беременности 11-14 недель беременным женщинам, прикрепленным к другим медицинским организациям (приложение № 20 к Тарифному соглашению);

- при проведении скринингового ультразвукового исследования при сроке беременности 18-21 неделя беременным женщинам, прикрепленным к другим медицинским организациям (приложение № 21 к Тарифному соглашению);

- при проведении отдельных медицинских услуг и специальных методов лечения в амбулаторных условиях (сцинтиграфия, однофотонная эмиссионная компьютерная томография, близкофокусная рентгенотерапия (курс 10 сеансов), аппаратное лечение рефракционных нарушений зрительного анализатора (курс - 10 услуг), ортоптическое лечение дисбинокулярных расстройств (косоглазие) (курс - 10 услуг), плеоптическое лечение амблиопии (курс - 10 услуг), оптическая когерентная томография макулярной области, оптическая когерентная томография диска зрительного нерва, оптическая когерентная томография центральной зоны с диском зрительного нерва с использованием АНГИО-режима, компьютерная периметрия, A/B сканирование глаза, определение состояния глазного дна методом биомикрофотографии с помощью фундус-камеры;

- при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения;

- оплату лабораторных исследований «Определение РНК не полиомиелитных энтеровирусов в образцах фекалий методом ПЦР» (приложение № 70 к Тарифному соглашению);

- жидкостное цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (Приложение №71 к Тарифному соглашению);

- санация полости рта пациентам с ментальными нарушениями (Приложение №72 к Тарифному соглашению);

- исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови (Приложение №73 к Тарифному соглашению);

- проведение обследования женщин при подготовке к ЭКО (Приложение №74 к Тарифному соглашению);

- исследование коротколатентных вызванных потенциалов, регистрация вызванных акустических ответов мозга на постоянные модулированные тоны (ASSR тест) (Приложение №75 к Тарифному соглашению).

При оказании стоматологической помощи по поводу заболевания единицей объема является обращение, с профилактической целью и при оказании медицинской помощи в неотложной форме – посещение.

При этом учитывается средняя кратность УЕТ в одном посещении, которая составляет 4,2, число УЕТ в одном посещении с профилактической целью – 4,0, в одном обращении в связи с заболеванием (законченном случае лечения) – 9,4. При этом стоимость посещения и обращения корректируется с учетом содержащегося в них количества УЕТ.

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях (приложение № 11 к Тарифному соглашению), определено «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», разработанными Министерством здравоохранения РФ и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц:

№ п/п	Реестровый номер	Наименование медицинской организации
1	280003	ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница» (консультативные взрослая и детская поликлиники)
2	280018	ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»

3	280054	ГБУЗ АО «Амурская областная стоматологическая поликлиника»
4	280005	ГАУЗ АО «Амурский областной онкологический диспансер»
5	280026	ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница» (амбулаторно-поликлиническое отделение травматологии и ортопедии и женские консультации №№ 1 и 2)
6	280004	ГАУЗ АО «Стоматологическая поликлиника г. Благовещенска»
7	280023	ГБУЗ АО «Тындинская стоматологическая поликлиника»
8	280010	Федеральное государственное казенное учреждение «411 военный госпиталь» Министерства обороны Российской Федерации
9	280091	Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания»
10	280110	ООО «Здоровье»
11	280082	ООО «Неомед»
12	280096	НП «Лечебно-диагностический комплекс «Белая Роза»
13	280107	ООО «МЛ Мицар»
14	280129	ООО «Клиника сердца»
15	280124	ООО "Б.Браун АВИТУМ РУССЛАНД КЛИНИКС"
16	280117	ООО «Нефролайн-Амур»
17	280133	ООО "КТ-ЦЕНТР"
18	280135	ООО «Амур-МЭТ»
19	280136	ООО «Амурский МедХолдинг»
20	280139	ООО «Медицинский лечебно-диагностический центр «ЕВГЕНИЯ»
21	280142	ООО «АРТЕР ГРУПП»
22	280130	ООО «М-ЛАЙН» г.Москва
23	280069	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации (структурное подразделение Клиника кардиохирургии)
24	280144	ООО "ЮНИЛАБ-ХАБАРОВСК"
25	280145	ООО "ВИТАЛАБ"
26	280147	ООО "ЦЕНТР КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ"
27	280120	ООО «ЛабОст»
28	280131	ГБУЗ АО «Амурский областной детский центр медицинской реабилитации «Надежда»
29	280158	ООО "Сибирский центр ядерной медицины" г. Новосибирск
30	280159	ООО "Кайдзен", г. Благовещенск
31	280160	ООО "Дальмедснаб", г. Благовещенск
32	280161	ООО "Хеликс" г. Новосибирск
33	280162	ООО «М-ЛАЙН МЕДИЦИНА» г. Москва
34	280001	ГБУЗ АО «Свободненская межрайонная больница» (женская консультация и травмпункт)

Медицинские организации ведут раздельный учет посещений с профилактической целью (посещение Центров здоровья (Центров медицины здорового долголетия), в связи с диспансеризацией определенных групп населения, профилактическим осмотром, патронажем), посещений с иными целями, посещений в связи с заболеваниями, посещений в неотложной форме, а также обращений по поводу заболеваний.

Учет посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента», утверждаемой Минздравом России.

При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

2.15.3 Оплата молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии.

Молекулярно-генетические исследования с целью диагностики онкологических заболеваний – это исследования биопсийного (операционного и диагностического) материала с применением одного теста для данного вида опухоли в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению онкологических заболеваний.

Объем молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний включает в том числе исследования с применением следующих маркеров: BRAF, EGFR, KRAS, NRAS, MSI, FISH ALK, FISH HER2, ПЦР BRCA 1/BRCA 2, FISH (биопсийный с уточнением).

Оплата молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний осуществляется по тарифам, дифференцированным, исходя из исследований, выполненных в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению онкологических заболеваний, включающим в том числе расходы на оплату транспортных услуг в целях доставки диагностического материала к месту исследования и расходы на хранение образца.

Патологоанатомические исследования с целью выявления онкологических заболеваний - это прижизненные патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала, в том числе с применением дополнительных методов окрасок (постановок реакций,

определений – гистохимических, иммуногистохимических и иных методов), при оказании медицинской помощи с целью диагностики онкологических заболеваний в амбулаторных условиях.

Патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала осуществляются в целях диагностики заболеваний, в том числе онкологических, а также в целях уточнения диагноза (состояния) с учетом требований стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

Все патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала осуществляются в целях выявления, подтверждения или уточнения онкологического заболевания.

Оплата патологоанатомических исследований осуществляется по тарифам, дифференцированным исходя из категории сложности прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала, средневзвешенной стоимости патологоанатомического исследования одного тканевого образца без применения дополнительных окрасок (постановок реакций, определений), средневзвешенной стоимости одной дополнительной окраски (постановки реакции, определения), расходов на оплату транспортных услуг в целях доставки биопсийного (операционного) материала к месту исследования и расходов на хранение биопсийного (операционного) материала (приложение № 19.5 к Тарифному соглашению).

Дата взятия материала для гистологических исследований не может быть больше даты смерти пациента.

Случаи, в которых дата взятия материала для патологоанатомических гистологических исследований совпадает с датой смерти пациента, принимаются к оплате за счет средств ОМС. По каждому указанному случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи летального случая.

2.16. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

Перечень медицинских организаций,
оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях:

№ п/п		Наименование медицинской организации
I уровень - Медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа)		

1	280012	ГБУЗ АО «Шимановская районная больница»
2	280024	ГБУЗ АО «Архаринская районная больница»
3	280067	ГБУЗ АО «Завитинская районная больница»
4	280007	ГАУЗ АО «Ивановская районная больница»
5	280002	ГАУЗ АО «Константиновская районная больница»
6	280029	ГБУЗ АО «Магдагачинская районная больница»
7	280039	ГБУЗ АО «Мазановская районная больница»
8	280020	ГАУЗ АО «Михайловская районная больница»
9	280053	ГБУЗ АО «Октябрьская районная больница»
10	280019	ГАУЗ АО «Больница рабочего поселка (пгт) Прогресс»
11	280071	ГБУЗ АО «Ромненская районная больница»
12	280025	ГБУЗ АО «Селемджинская районная больница»
13	280078	ГБУЗ АО «Серышевская районная больница»
14	280059	ГБУЗ АО «Сковородинская центральная районная больница»
15	280080	ГАУЗ АО «Тамбовская районная больница»
16	280068	ГБУЗ АО «Бурейская районная больница»
17	280041	ЧУЗ «Больница «РЖД-Медицина» города Тында» (структурное подразделение на ст. Февральск Стационар № 1)
18	280010	ФГКУ «411 военный госпиталь» Министерства обороны РФ
II уровень - Медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), расположенные на территории закрытых административных территориальных образований, а также специализированные больницы, центры, диспансеры		
II уровень, подуровень II.I.		
1	280125	МСЧ космодрома «Восточный» Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Дальневосточный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства»
II уровень, подуровень II.II.		
1	280017	ГАУЗ АО «Белогорская межрайонная больница»
2	280001	ГБУЗ АО «Свободненская межрайонная больница»
II уровень, подуровень II.III.		
1	280084	ГБУЗ АО «Зейская межрайонная больница им. Б.Е.Смирнова»
2	280075	ГБУЗ АО «Райчихинская городская больница»
3	280027	ГАУЗ АО «Тындинская межрайонная больница»
II уровень, подуровень II. IV.		
1	280013	ГАУЗ АО «Амурская областная инфекционная больница»
2	280018	ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»
3	280132	ГАУЗ АО «Больница восстановительного лечения»
III уровень - Медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь		
III уровень, подуровень III.I.		
1	280003	ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница»
2	280043	ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница»
3	280026	ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница»
III уровень, подуровень III.II.		
1	280005	ГАУЗ АО «Амурский областной онкологический диспансер»

2	280064	ГАУЗ АО «Детская городская клиническая больница»
III уровень, подуровень III.III.		
1	280107	ООО «МЛ Мицар»
2	280112	ООО «Эндоскопическая хирургия»
3	280134	ООО «КЛИНИКА МЕДЛАЙН-ПРЕМЬЕР»
4	280069	ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основании стандартов медицинской помощи.

Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Амурской области за счет субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджету Территориального фонда обязательного медицинского страхования Амурской области.

Организация оказания высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется в соответствии с порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 № 186н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

Случай оказания медицинской помощи в приемном отделении стационара без последующей госпитализации (при отсутствии показаний для госпитализации, при отказе пациента от госпитализации) при условии наблюдения за состоянием здоровья пациента до шести часов оплачивается по стоимости посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме.

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов (классификационных критериев):

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов (классификационных критериев):

a. Диагноз (код по МКБ 10);

b. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской

Федерации от 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);

c. Схема лекарственной терапии;

d. МНН лекарственного препарата;

e. Возрастная категория пациента;

f. Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ 10);

g. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации; индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);

h. Длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);

i. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

j. Пол;

k. Длительность лечения;

l. Этап лечения, в том числе этап проведения экстракорпорального оплодотворения, долечивание пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19, посттрансплантационный период после пересадки костного мозга;

m. Показания к применению лекарственного препарата;

n. Объем послеоперационных грыж брюшной стенки;

o. Степень тяжести заболевания;

p. Сочетание нескольких классификационных критериев в рамках одного классификационного критерия (например, сочетание оценки состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации с назначением ботулинического токсина).

Алгоритм отнесения каждого случая к соответствующей КСГ определяется Методическими рекомендациями.

Описание алгоритма группировки с применением таблицы «Группировщик» для случаев лечения, оплата которых осуществляется по КСГ, представлено в приложении № 6 к Методическим рекомендациям.

Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги установлен приложением № 35 к Тарифному соглашению.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;

2. случаи лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;

3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);

4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;

5. случаи лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;

6. случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);

7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;

8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленным в приложении № 34 к Тарифному соглашению.

9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и приложением 6 к Методическим рекомендациям (далее – Группировщик (приложение 6)).

В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ-10, что и диагноз основного заболевания, и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации/лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию

перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.

Приложением № 34 к Тарифному соглашению определен перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно. Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения по основаниям 1-7,9 по КСГ, перечисленным в приложении № 34 к Тарифному соглашению, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения по основанию 8 и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

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

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) была проведена тромболитическая терапия, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее –80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 85% от стоимости КСГ.

Приложением № 36 к Тарифному соглашению определен перечень КСГ, который предполагает хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи лечения по КСГ, не входящим в приложение № 36 не могут быть оплачены с применением вышеперечисленных размеров оплаты прерванных случаев (80% и 85%).

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

- при длительности лечения 3 дня и менее –40% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 60% от стоимости КСГ.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основанию 7 и 9, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше:

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя наименование лекарственных

препаратов, длительность цикла, количество дней введения, способ введения (в случае указания в схеме), скорость введения (капельно, струйно, в случае указания в схеме), разовая доза препарата (фиксированная величина или в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента).

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в Группировщике, для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям 1-6.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям прерванности) в следующих случаях:

1. При условии проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Группировщике;

2. При условии снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (при этом общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии):

- снижение дозы произведено в соответствии с инструкцией к химиотерапевтическому препарату в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- увеличение интервала между введениями произведено в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

Все остальные случаи (в том числе случаи проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) являются прерванными и оплачиваются в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения.

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

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

1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую; оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным пунктом 4.1 данного раздела рекомендаций основаниям;

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

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

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

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

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

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности и пребывания в нем в течение 2 дней и более с последующим

родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;

- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;

- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;

- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

- O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией;

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

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

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

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

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в пунктах 2–9, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в пунктах 2–4 Перечня прерванных случаев оказания медицинской помощи и пункта 4.1 Методических рекомендаций.

По каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум КСГ должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

Особенности формирования отдельных КСГ указаны в Методических рекомендациях.

Случаи, в которых рекомендуется устанавливать КСЛП, и его значения установлены приложением № 31 к Тарифному соглашению.

КСЛП применяется в следующих случаях:

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

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

В вышеуказанных случаях совместного пребывания ребенка и его законного представителя:

- спальное место законного представителя ребенка оборудуется кроватью в комплекте с матрацем, одеялом, подушкой, постельным бельем (двумя простынями и наволочкой) и полотенцем.

- законный представитель ребенка обеспечивается питанием, столовой посудой и столовыми приборами на время приема пищи (тарелкой, кружкой, ложкой). Сведения о количестве законных представителей, обеспеченных питанием, отражаются в форме № 22-МЗ[1].

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

4. развертывание индивидуального поста;

---

[1] Приказ Минздрава России от 05.08.2003 № 330 (ред. от 19.02.2024) "О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации"

5. наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации.

К сопутствующим заболеваниям и осложнениям заболеваний относятся:

- Заболевания, включенные в Перечень редких (орфанных) заболеваний, размещенный на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации[2];
- Рассеянный склероз (G35);
- Хронический лимфоцитарный лейкоз (C91.1);
- Состояния после трансплантации органов и (или) тканей (Z94.0; Z94.1; Z94.4; Z94.8);
- Детский церебральный паралич (G80);
- ВИЧ/СПИД, стадии 4Б и 4В, взрослые (B20 – B24);
- Перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции, дети (Z20.6);
- Сахарный диабет типа 1 и 2 (E10-E11) при следующих состояниях:

1) Декомпенсация сахарного диабета на фоне развития интеркуррентного заболевания, требующего проведения дополнительных лечебно-диагностических мероприятий (перевод на инсулинотерапию, проведение дополнительной инфузионной терапии с целью коррекции электролитных и других метаболических нарушений):

- гиперосомлярное состояние (повышение уровня глюкозы >35 ммоль/л, осмолярности крови > 320 мосмоль/л, креатинина, скорректированного натрия крови);
- гипергликемия (повышение уровня гликемии > 13 ммоль/л);
- кетоацидоз (повышение уровня гликемии > 13 ммоль/л у взрослых, > 11 ммоль/л у детей, гиперкетонемия > 5 ммоль/л, кетонурия ≥++, метаболический ацидоз), лактатацидоз (повышение уровня лактата > 5,0 ммоль/л, гиперкалиемия, pH крови <7,35);
- гипогликемические состояния (снижение уровня гликемии < 2,0 ммоль/л).

2) Впервые выявленный сахарный диабет (с проведением стандарта обследования, подтверждающего диагноз), требующий назначения медикаментозной терапии для коррекции гликемии;

3) Сахарный диабет с требующими учета при назначении терапии осложнениями:

- диабетическая нефропатия ХБП С3А-С5

[2] https://minzdrav.gov.ru/documents/8048-perechen-redkih-orfannyh-zabolevaniy

- диабетическая макроангиопатия (Ишемическая болезнь сердца (ИБС), цереброваскулярные заболевания)

- диабетическая автономная полинейропатия.

При отсутствии оснований применения вышеперечисленных КСЛП, значение КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения применяется равным 0.

6. Проведение сочетанных хирургических вмешательств в соответствии с Перечнем сочетанных (симультанных) хирургических вмешательств, выполняемых во время одной госпитализации, установленным приложением № 32 к Тарифному соглашению.

7. Проведение однотипных операций на парных органах.

К данным операциям относятся операции на парных органах/частях тела, при выполнении которых необходимы в том числе дорогостоящие расходные материалы. Перечень хирургических вмешательств, при проведении которых одновременно на двух парных органах может быть применен КСЛП, представлен в приложении № 33 к Тарифному соглашению.

8. Проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов (при остром нарушении мозгового кровообращения, операциях на центральной нервной системе и головном мозге, переломах черепа и внутричерепной травме).

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

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

9. Проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (грипп, COVID-19) в период госпитализации.

Указанный КСЛП не может применяться при оплате случаев лечения, оплачиваемых по КСГ st12.012 «Грипп, вирус гриппа идентифицирован» и КСГst12.015-st12.019, используемых для оплаты случаев лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19.

10. Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями.

КСЛП в случае проведения сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых может быть применен в случае, если проведение сопроводительной терапии предусмотрено соответствующими клиническими рекомендациями, в рамках госпитализаций в стационарных условиях по КСГ st19.084-st19.089, st19.094-st19.102, st19.144-st19.162.

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

Перечень схем сопроводительной лекарственной терапии, при применении которых может быть применен КСЛП:

Код схемы	Уровень КСЛП	Описание схемы	Условия применения
supt01	1	Филграстим 4 дня введения по 300 мкг	
supt02	2	Деносумаб 1 день введения 120 мг	Установленный клиренс креатинина <59 мл/мин на момент принятия решения о назначении препарата Деносумаб
supt03	2	Тоцилизумаб 1 день введения 8 мг/кг	
supt04	2	Филграстим 8 дней введения по 300 мкг	
supt05	3	Эмпэгфилграстим 1 день введения 7,5 мг	
supt06	2	Филграстим 10 дней введения по 300 мкг	
supt07	1	Микофенолата мофетил 30 дней введения по 1000 мг 2 раза в день	
supt08	1	Такролимус 30 дней введения по 0,1 мг/кг	
supt09	3	Ведолизумаб 1 день введения 300 мг	
supt10	3	Инфликсимаб 1 день введения 5мг/кг	
supt11	3	Иммуноглобулин человека нормальный 5 дней введения по 400 мг/кг	
supt12	3	Иммуноглобулин антитимоцитарный 3-5 дней введения по 1,5-5 мг/кг	

Перечень лекарственных препаратов для проведения противоопухолевой терапии при назначении которых необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических и (или) иммуногистохимических исследований установлен Приложением № 66.

В целях повышения эффективности использования средств обязательного медицинского страхования на оказание медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями при назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии с применением лекарственных препаратов (приложение № 66 к Тарифному соглашению), для лечения отдельных нозологий, необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований и (или) иммуногистохимических исследований (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии).

При расчете окончательной стоимости случая лечения в целях применения КСЛП учитывается возраст пациента на дату начала госпитализации.

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

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, и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, в соответствии с установленными способами оплаты.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ–10, модели пациента, вида и метода лечения аналогичным параметрам, установленным перечнем видов

высокотехнологичной медицинской помощи (Приложение № 1 к Программе), содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень ВМП). Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню ВМП, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

Лечение по профилю «медицинская реабилитация» в условиях круглосуточного, а также дневного стационаров производится в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Для КСГ st37.001–st37.013, st37.021–st37.026 в стационарных условиях критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ) в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н (зарегистрировано в Минюсте России 25 сентября 2020 г. № 60039). При оценке 2 балла по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 балла по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации. При оценке 4–5–6 баллов по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

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

проведения медицинской реабилитации. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок может получать медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, в стационарных условиях – по КСГ для оплаты услуг диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

При этом в период лечения в круглосуточном стационаре пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. В случае, если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

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

При расчете стоимости случаев лекарственной терапии онкологических заболеваний учтены в том числе нагрузочные дозы в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделяются).

Отнесение к КСГ, предусматривающим хирургическое лечение, осуществляется по коду МКБ–10 и коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой.

Формирование КСГ для случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода МКБ–10, кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и для большинства групп – с учетом количества дней проведения лучевой терапии (фракций).

Отнесение к КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией осуществляется по коду МКБ–10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, количеству дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) формируются на основании кода МКБ–10 и схемы лекарственной терапии.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей формируются на основании кода МКБ-10, длительности и дополнительного классификационного критерия, включающего группу лекарственного препарата или МНН лекарственного препарата.

При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи детям при онкологических заболеваниях могут использоваться пэгаспаргаза и иные лекарственные препараты, раннее централизованно закупленные по отдельным решениям Правительства РФ. Оказание медицинской помощи осуществляется при наличии медицинских показаний, решения соответствующей врачебной комиссии (консилиума) или рекомендаций профильной федеральной медицинской организации (национального медицинского исследовательского центра), в том числе по результатам консультации с использованием телемедицинских (дистанционных) технологий. Оплата данных случаев оказания медицинской помощи осуществляется по КСГ согласно основной противоопухолевой лекарственной терапии.

За счет средств ОМС осуществляется проведение паталогоанатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патолого-анатомической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу.

При этом возмещение расходов медицинской организации, имеющей в своей структуре патолого-анатомическое отделение, на проведение патолого-анатомических вскрытий осуществляется в рамках оплаты прерванного случая госпитализации по соответствующей клинико-статистической группе заболеваний/состояний.

При проведении патолого-анатомических вскрытий пациентов, умерших в стационаре медицинских организаций, в которых отсутствует патолого-анатомическое отделение, оплата патолого-анатомических

вскрытий осуществляется по межучрежденческим расчетам в рамках Договоров.

2.17. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

Перечень медицинских организаций,
оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара:

№ п/п	Код МО	Наименование медицинской организации
1	280003	ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница»
2	280005	ГАУЗ АО «Амурский областной онкологический диспансер»
3	280043	ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница»
4	280018	ГБУЗ АО «Амурский областной кожно-венерологический диспансер»
5	280026	ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница»
6	280036	ГАУЗ АО «Городская поликлиника № 1» г. Благовещенск
7	280085	ГБУЗ АО «Городская поликлиника № 2» г. Благовещенск
8	280038	ГАУЗ АО «Городская поликлиника № 3» г. Благовещенск
9	280066	ГАУЗ АО «Городская поликлиника № 4» г. Благовещенск
10	280064	ГАУЗ АО «Детская городская клиническая больница»
11	280017	ГАУЗ АО «Белогорская межрайонная больница»
12	280001	ГБУЗ АО «Свободненская межрайонная больница»
13	280052	ГБУЗ АО «Свободненская городская поликлиника»
14	280012	ГБУЗ АО «Шимановская районная больница»
15	280024	ГБУЗ АО «Архаринская районная больница»
16	280084	ГБУЗ АО «Зейская межрайонная больница им. Б.Е.Смирнова»
17	280067	ГБУЗ АО «Завитинская районная больница»
18	280007	ГАУЗ АО «Ивановская районная больница»
19	280002	ГАУЗ АО «Константиновская районная больница»
20	280029	ГБУЗ АО «Магдагачинская районная больница»
21	280039	ГБУЗ АО «Мазановская районная больница»
22	280020	ГАУЗ АО «Михайловская районная больница»
23	280053	ГБУЗ АО «Октябрьская районная больница»
24	280075	ГБУЗ АО «Райчихинская городская больница»
25	280019	ГАУЗ АО «Больница рабочего поселка (пгт) Прогресс»
26	280071	ГБУЗ АО «Ромненская районная больница»
27	280025	ГБУЗ АО «Селемджинская районная больница»
28	280078	ГБУЗ АО «Серышевская районная больница»
29	280059	ГБУЗ АО «Сковородинская центральная районная больница»
30	280080	ГАУЗ АО «Тамбовская районная больница» -
31	280027	ГАУЗ АО «Тындинская межрайонная больница»
32	280068	ГБУЗ АО «Бурейская районная больница»
33	280076	Свободненская поликлиника Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Дальневосточный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства»
34	280041	ЧУЗ «Больница» РЖД-Медицина» города Тында»
		в т.ч. структурные подразделения:

		ЧУЗ "Поликлиника "РЖД-Медицина" города Тында" Поликлиника № 1 на ст. Тында
		ЧУЗ "Поликлиника "РЖД-Медицина" города Тында" Поликлиника № 2 на ст. Завитая
		ЧУЗ "Поликлиника "РЖД-Медицина" города Тында" Поликлиника № 3 на ст. Ерофей Павлович
		ЧУЗ "Поликлиника "РЖД-Медицина" города Тында" Поликлиника № 4 на ст. Магдагачи
		ЧУЗ "Поликлиника "РЖД-Медицина" города Тында" (Поликлиника № 5 на ст. Сковородино)
		ЧУЗ "Поликлиника "РЖД-Медицина" города Тында" (Поликлиника № 6 на ст. Шимановская)
		ЧУЗ "Поликлиника "РЖД-Медицина" города Тында" Структурное подразделение на ст. Белогорск (Поликлиника № 7 на ст. Белогорск и Поликлиника № 8 на ст. Свободный)
		ЧУЗ "Поликлиника "РЖД-Медицина" города Тында" Структурное подразделение на ст. Февральск "(Поликлиника № 9)
35	280112	ООО «Эндоскопическая хирургия»
36	280093	ООО «АмурМед»
37	280107	ООО «МЛ Мицар»
38	280132	ГАУЗ АО «Больница восстановительного лечения»
39	280110	ООО «Здоровье»
40	280134	ООО «Клиника Медлайн-Премьер»
41	280131	ГБУЗ АО «Амурский областной детский центр медицинской реабилитации «Надежда»
42	280125	МСЧ космодрома «Восточный» Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Дальневосточный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства»
43	280139	ООО «Медицинский Лечебно-диагностический центр «ЕВГЕНИЯ»
44	280143	ООО «ЦЕНТР ЭКО»
45	280091	Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания»

Перечень медицинских организаций,
оказывающих процедуру экстракорпорального оплодотворения (ЭКО)

№ п/п	Код МО	Наименование медицинской организации
1	280003	ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница»
2	280093	ООО «АмурМед»
3	280143	ООО «ЦЕНТР ЭКО»

Общие правила формирования различных КСГ в дневном стационаре те же, что и в круглосуточном.

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов (классификационных критериев):

а. Диагноз (код по МКБ 10);

b. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);

c. Схема лекарственной терапии;

d. МНН лекарственного препарата;

e. Возрастная категория пациента;

f. Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ 10);

g. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации; индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);

h. Длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);

i. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

j. Пол;

k. Длительность лечения;

l. Этап лечения, в том числе этап проведения экстракорпорального оплодотворения, долечивание пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19, посттрансплантационный период после пересадки костного мозга;

m. Показания к применению лекарственного препарата;

n. Объем послеоперационных грыж брюшной стенки;

o. Степень тяжести заболевания;

p. Сочетание нескольких классификационных критериев в рамках одного классификационного критерия (например, сочетание оценки состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации с назначением ботулинического токсина).

Описание алгоритма группировки с применением таблицы «Группировщик» для случаев лечения, оплата которых осуществляется по КСГ, представлено в приложении № 7 к Методическим рекомендациям.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;

2. случаи лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;

3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);

4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;

5. случаи лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;

6. случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);

7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;

8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленным Приложением № 40 к Тарифному соглашению.

9. случаи лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.016 – ds12.021 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и приложением 7 к Методическим рекомендациям (далее – Группировщик (приложение 7).

В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ 10, что и диагноз основного заболевания и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, и не соответствует критериям оплаты случая лечения по 2 КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию прерванности 2 не производится.

Приложением № 40 к Тарифному соглашению определен перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно. Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не

относящийся к прерванным случаям лечения по основаниям 1-7 по КСГ, перечисленным в Приложении № 40 к Тарифному соглашению), не может быть отнесен к прерванным случаям лечения по основанию 8 и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям 1-6 и 8, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) была проведена тромболитическая терапия, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 85% от стоимости КСГ.

Приложением № 45 к Тарифному соглашению определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи лечения по КСГ, не входящим в Приложение № 45 к Тарифному соглашению, не могут быть оплачены с применением вышеперечисленных размеров оплаты прерванных случаев (80% и 85%).

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 40% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 60% от стоимости КСГ.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше, являющиеся прерванными по основанию 7, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше:

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя наименование лекарственных препаратов, длительность цикла, количество дней введения, способ введения (в случае указания в схеме), скорость введения (капельно, струйно, в случае указания в схеме), разовая доза препарата (фиксированная величина или в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента).

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии,

представленной в Группировщике, для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям 1-6.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям прерванности) в следующих случаях:

1. При условии проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Группировщике;

2. При условии снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (при этом общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии):

- снижение дозы произведено в соответствии с инструкцией к химиотерапевтическому препарату в связи с усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- увеличение интервала между введениями произведено в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

Все остальные случаи (в том числе случаи проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) являются прерванными и оплачиваются в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения.

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

Оплата по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях:

1. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках дневного стационара (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот),

если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным основаниям прерванности;

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

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

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

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

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

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

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;
- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;
- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;
- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

- О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией;

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

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

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами;

10. Проведение диализа.

По каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум КСГ должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

День поступления и день выписки в дневном стационаре считаются за 2 пациенто-дня (в соответствии с приказом Минздрава РФ от 13.11.2003 № 545).

Случаи, в которых рекомендуется устанавливать КСЛП, и его значения установлены приложением № 31 к Тарифному соглашению.

КСЛП в случае проведения сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых может быть применен в случае, если проведение сопроводительной терапии предусмотрено соответствующими клиническими рекомендациями, в рамках госпитализаций в условиях дневного стационара по КСГ ds19.058-ds19.062, ds19.067-ds19.078, ds19.116-ds19.134.

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

Перечень схем сопроводительной лекарственной терапии, при применении которых может быть применен КСЛП:

Код схемы	Уровень КСЛП	Описание схемы	Условия применения
supt01	1	Филграстим 4 дня введения по 300 мкг	
supt02	2	Деносумаб 1 день введения 120 мг	Установленный клиренс креатинина <59 мл/мин на момент принятия решения о назначении препарата

			Деносумаб
supt03	2	Тоцилизумаб 1 день введения 8 мг/кг	
supt04	2	Филграстим 8 дней введения по 300 мкг	
supt05	3	Эмпэгфилграстим 1 день введения 7,5 мг	
supt06	2	Филграстим 10 дней введения по 300 мкг	
supt07	1	Микофенолата мофетил 30 дней введения по 1000 мг 2 раза в день	
supt08	1	Такролимус 30 дней введения по 0,1 мг/кг	
supt09	3	Ведолизумаб 1 день введения 300 мг	
supt10	3	Инфликсимаб 1 день введения 5мг/кг	
supt11	3	Иммуноглобулин человека нормальный 5 дней введения по 400 мг/кг	
supt12	3	Иммуноглобулин антитимоцитарный 3-5 дней введения по 1,5-5 мг/кг	

Перечень лекарственных препаратов для проведения противоопухолевой терапии при назначении которых необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических и (или) иммуногистохимических исследований установлен приложением № 66.

В целях повышения эффективности использования средств обязательного медицинского страхования на оказание медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями при назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии с применением лекарственных препаратов (приложение № 66), для лечения отдельных нозологий, необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований и (или) иммуногистохимических исследований (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии).

При расчете окончательной стоимости случая лечения в целях применения КСЛП учитывается возраст пациента на дату начала госпитализации.

Лечение по профилю медицинская реабилитация в условиях круглосуточного, а также дневного стационаров производится в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Для КСГ ds37.001–ds37.008, ds37.015–ds37.016 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ) в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н (зарегистрировано в Минюсте России 25 сентября 2020 г. № 60039). При оценке 2 балла по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию

в условиях дневного стационара. При оценке 3 балла по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации. При оценке 4–5–6 баллов по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах, требующих продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем служит оценка степени тяжести заболевания, определяющая сложность и условия проведения медицинской реабилитации. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок может получать медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

Порядок отбора и направления застрахованных лиц из числа жителей Амурской области на лечение бесплодия методом ЭКО определяется Министерством здравоохранения Амурской области.

Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов в модели КСГ дневного стационара предусмотрены КСГ ds02.008-ds.02.011.

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

2.18. Сведения о применении способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

Оплата 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) застрахованным лицам в Амурской области, осуществляется:

- по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, исходя из численности застрахованных лиц, прикрепившихся к

медицинским организациям, расположенным на территории муниципального образования, где оказывается скорая медицинская помощь;

- за вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболизиса (приложение №51 к Тарифному соглашению).

В подушевой норматив включаются все расходы на оказание скорой медицинской помощи, за исключением расходов при вызовах скорой медицинской помощи с проведением тромболизиса.

Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования осуществляется страховой медицинской организацией на основании акта сверки численности застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинской организации по состоянию на первое число расчетного месяца.

Оплата 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) застрахованным лицам в других субъектах РФ, осуществляется:

- за вызов скорой медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации.

Оплата вызова скорой медицинской помощи по общепрофильному назначению, выполненного специализированной выездной бригадой, осуществляется по тарифу вызова скорой медицинской помощи для врачебной выездной бригады.

Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования:

№ п/п	Реестровый номер	Наименование медицинской организации
1	280003	ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница»
2	280017	ГАУЗ АО «Белогорская межрайонная больница»
3	280001	ГБУЗ АО «Свободненская межрайонная больница»
4	280012	ГБУЗ АО «Шимановская районная больница»
5	280024	ГБУЗ АО «Архаринская районная больница»
6	280088	ГБУЗ АО «Станция скорой медицинской помощи г. Благовещенска»
7	280084	ГБУЗ АО «Зейская межрайонная больница им. Б.Е.Смирнова»
8	280067	ГБУЗ АО «Завитинская районная больница»
9	280007	ГАУЗ АО «Ивановская районная больница»
10	280002	ГАУЗ АО «Константиновская районная больница»
11	280029	ГБУЗ АО «Магдагачинская районная больница»
12	280039	ГБУЗ АО «Мазановская районная больница»
13	280020	ГАУЗ АО «Михайловская районная больница»
14	280053	ГБУЗ АО «Октябрьская районная больница»

15	280075	ГБУЗ АО «Райчихинская городская больница»
16	280019	ГАУЗ АО «Больница рабочего поселка (пгт) Прогресс»
17	280071	ГБУЗ АО «Ромненская районная больница»
18	280025	ГБУЗ АО «Селемджинская районная больница»
19	280078	ГБУЗ АО «Серышевская районная больница»
20	280059	ГБУЗ АО «Сковородинская центральная районная больница»
21	280080	ГАУЗ АО «Тамбовская районная больница»
22	280027	ГАУЗ АО «Тындинская межрайонная больница»
23	280068	ГБУЗ АО «Бурейская районная больница»
24	280041	ЧУЗ «Поликлиника «РЖД-Медицина» города Тында» Структурное подразделение на ст. Февральск
25	280125	МСЧ космодрома «Восточный» Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Дальневосточный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства»

2.19. Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи

Оплата по подушевому нормативу на прикрепившихся к медицинской организации лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи осуществляется в ГБУЗ АО «Селемджинская районная больница», ГАУЗ АО «Тындинская межрайонная больница», ГБУЗ АО «Сковородинская центральная районная больница», ГБУЗ АО «Мазановская районная больница», ГБУЗ АО «Ромненская районная больница», ГБУЗ АО «Магдагачинская районная больница», ГБУЗ АО «Зейская межрайонная больница им. Б.Е. Смирнова», ГБУЗ АО «Серышевская районная больница», имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию с учетом оценки показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи. При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических 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), 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 по оценке репродуктивного здоровья, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, в том числе центрами здоровья (центрами медицины здорового долголетия), дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом и расходы на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) и на медицинскую помощь 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, относящимися к категории маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, или их законными представителями, а также с пациентами, являющимися жителями отдаленных и малонаселенных районов.

Указанный подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц для медицинской организации складывается из рассчитанного фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц для данной медицинской организации, включающего медицинскую помощь в неотложной форме, а также объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (Приложение № 60 к Тарифному соглашению).

Указанный способ оплаты применяется в целях оптимизации оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, являющимися самостоятельными юридическими лицами, в том числе расположенными в сельской местности, в отдаленных, труднодоступных и малонаселенных районах, с учетом количества структурных подразделений, объема оказываемой медицинской помощи, численности прикрепленного населения.

Методика применения показателей результативности деятельности медицинских организаций (Приложением № 57 к Тарифному соглашению.

Порядок расчета значений показателей результативности деятельности (Приложении № 58 к Тарифному соглашению).

Доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, составляет 5 процентов от объема средств на амбулаторно-поликлиническую помощь и выплачивается дополнительно.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи применяются для возмещения расходов медицинским организациям, включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Амурской области, при оказании медицинской помощи застрахованным в Амурской области лицам и лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации.

Тарифы на оплату медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования являются неотъемлемой частью Тарифного соглашения и приведены в приложениях к Тарифному соглашению.

3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи сформированы в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, установленной Правилами ОМС и Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

3.3. Тарифы сформированы с учетом плановых объемов медицинской помощи на текущий год исходя из объема бюджетных ассигнований на реализацию Территориальной программы ОМС, установленного Законом Амурской области от 19.12.2025 № 728-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Амурской области на 2026 год и плановый период 2027 и 2028 годов»;

3.4. При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи применяется коэффициент дифференциации для Амурской области – 1,447, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 (в ред. От 30.09.2023) «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».

3.5. Тарифы обеспечивают возмещение затрат медицинских организаций, связанных с оказанием медицинской помощи в объеме Территориальной программы ОМС (за исключением затрат, связанных с обеспечением функционирования служб, подразделений и специалистов медицинских организаций, деятельность которых не финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования).

3.6. Тарифы, установленные настоящим Тарифным соглашением, обеспечивают возмещение затрат медицинским организациям, непосредственно связанных с оказанием медицинской помощи и потребляемых в процессе ее предоставления, и затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинских организаций, но не потребляемых непосредственно в процессе оказания медицинской помощи.

3.7. При оплате медицинской помощи применяются групповые тарифы, которые дифференцируются:

а) по территориальному принципу с учетом установленных для территорий Амурской области районных коэффициентов к заработной плате и процентных надбавок к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями (далее территориальный РК);

б) по уровням оказания медицинской помощи, с учетом коэффициента уровня медицинской организации:

- коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации первого уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) (за исключением медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами);

- коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации второго уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению нескольких муниципальных

образований, а также указанной медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами;

- коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации третьего уровня (структурном подразделении) применяется при расчете тарифа на оплату специализированной медицинской помощи медицинскими организациями (структурными подразделениями), оказывающими высокотехнологичную медицинскую помощь.

Оплата медицинской помощи в стационарных условиях, оказанной участковыми больницами, входящими в состав медицинских организаций III и II уровней, осуществляется по тарифам I уровня.

3.8. Структура тарифов на оплату медицинской помощи установлена в соответствии с Территориальной программой ОМС, в том числе в части базовой программы ОМС, по следующим направлениям расходования средств:

а) расходы на заработную плату, начисления на оплату труда и прочие выплаты;

б) приобретение лекарственных средств и расходных материалов;

в) приобретение продуктов питания;

г) прочие статьи расходования средств: затраты на приобретение мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, 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 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 (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырехсот тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения

медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

3.9. При определении соответствующих направлений расходования средств следует руководствоваться приказом Минфина России от 24.05.2022 № 82н (ред. от 10.06.2025) "О Порядке формирования и применения кодов бюджетной классификации Российской Федерации, их структуре и принципах назначения", Классификацией основных средств, включаемых в амортизационные группы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 01.01.2002 №1 (ред. от 18.11.2022).

3.10. Тарифы на оплату медицинской помощи в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам, медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

3.11. При использовании средств ОМС медицинские организации должны исходить из необходимости достижения заданных результатов с использованием наименьшего объема средств или достижения наилучшего результата.

3.12. Использование медицинскими организациями средств обязательного медицинского страхования на финансирование видов медицинской помощи, не включенных в территориальную программу обязательного медицинского страхования, а также на оплату видов расходов, не включенных в структуру тарифов, является нецелевым.

3.13. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Амурской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет 13086,66 рублей в год.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по профилю «Медицинская реабилитация» медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет 188,2 рублей в год.

Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (с учетом коэффициента дифференциации) составляет: в год – 1623,98 руб., в месяц – 135,33 рублей.

Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования и применяемых коэффициентов к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (приложение № 2 к Тарифному соглашению):

- коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи;
- коэффициент половозрастного состава;
- коэффициент дифференциации с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала;
- коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации);
- коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации;
- коэффициенты половозрастного состава;

Значение половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи (приложение № 3 к Тарифному соглашению).

Размер месячного дифференцированного подушевого норматива финансирования медицинских организаций (приложение № 4 к Тарифному соглашению).

Перечень ФП, ФАП, дифференцированных по численности обслуживаемого населения с размером финансового обеспечения, а также информации о соответствии/несоответствии ФП, ФАП требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее - Приказ № 202н), (приложение № 28 к Тарифному соглашению).

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение ФП, ФАП включает в себя объем средств на оплату медицинской помощи в неотложной форме.

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

3.14. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, предусматривают компенсацию расходов в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс при лечении основного заболевания и сопутствующего; расходов приемного отделения; профильного отделения; консультации специалистов, в том числе из других медицинских организаций; оперативные пособия, в том числе выполненные малоинвазивными и эндоскопическими методами; все виды анестезии, включая наркоз; лабораторные и рентгенологические исследования; визиографию; другие лечебно-диагностические исследования; физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж; лечебную физкультуру, и т.д.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет 14785,2 рублей в год.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях по профилю «Медицинская реабилитация» медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет 535,7 рублей в год.

Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, определены в соответствии с:

а) перечнем групп заболеваний, состояний для оплаты специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) и коэффициентами относительной затратоемкости КСГ (приложение № 30 к Тарифному соглашению).

Перечень групп заболеваний, состояний для оплаты специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях установлен в соответствии с перечнем, приведенным в приложении 4 к программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

б) коэффициентом дифференциации тарифов с учетом территориального РК (КДсуб) (приложение № 1 к Тарифному соглашению);

в) коэффициентом уровня (подуровня) медицинской организации (КУС) (приложение № 41 к Тарифному соглашению):

При этом средние значения КУС составляют для медицинских организаций I уровня – 0,9, для медицинских организаций II уровня – 1,041, для медицинских организаций III уровня – 1,229.

К отдельным КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне либо имеющим высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающим (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания помощи (например, аппендэктомия), коэффициент уровня (подуровня) при оплате не применяется (принимается равным 1). Исчерпывающий перечень таких КСГ в стационарных условиях установлен приложением № 63 к Тарифному соглашению.

г) коэффициентом сложности лечения пациента (КСЛП) (приложение № 31 к Тарифному соглашению);

д) коэффициентом специфики (КСксг) в стационарных условиях (приложение № 29 к Тарифному соглашению). Коэффициент специфики, не указанный в данном приложении считать равным 1.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (ССксг) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых установлены доли заработной платы и прочих расходов (приложение № 37 к Тарифному соглашению) определяется по следующей формуле:

ССксг = (БС х КДсуб х КЗксг х КСксг х КУС + БС х КДсуб* х КСЛП) х (40%; 60%; 80%; 85%; 100%), где:

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), рублей;

КДсуб - коэффициент дифференциации тарифов с учетом территориального РК (приложение № 1 к Тарифному соглашению)

КЗксг - коэффициент относительной затратоемкости (приложение № 30 к Тарифному соглашению);

КСксг - коэффициент специфики в стационарных условиях (приложение № 29а к Тарифному соглашению);

КУС - коэффициент уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях (приложение № 41 к Тарифному соглашению);

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП) (приложение № 31 к Тарифному соглашению);

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

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов (приложение № 37 к Тарифному соглашению), определяется по следующей формуле:

ССксг = (БС х КЗксг х ((1-Дзп)+Дзп х КСксг х КУС х КДсуб) + БС х КДсуб * х КСЛП) х (40%; 60%; 80%; 85%; 100%), где:

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), рублей;

КЗксг - коэффициент относительной затратоемкости (приложение № 30 к Тарифному соглашению);

Дзп - доля заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню КСГ в круглосуточном стационаре (приложение № 37 к Тарифному соглашению);

КСксг - коэффициент специфики в стационарных условиях (приложение № 29 к Тарифному соглашению);

КУС - коэффициент уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях;

КДсуб - коэффициент дифференциации тарифов с учетом территориального РК (приложение № 1 к Тарифному соглашению);

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП) (приложение № 31 к Тарифному соглашению).

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

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) – 35498,85 рублей (без КД), 51366,84 рублей (с КД 1,447).

3.15. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, предусматривают компенсацию расходов как по основному профилю дневного стационара, так и расходов параклинических подразделений.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет 3300,9 рублей в год.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара по профилю «Медицинская реабилитация» медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет 229,8 рублей в год.

Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, определены в соответствии с:

а) перечнем КСГ заболеваний по профилям медицинской деятельности (КПГ) и коэффициентами относительной затратоемкости для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (приложение № 43 к Тарифному соглашению);

б) коэффициентом дифференциации тарифов с учетом территориального РК (КД) (приложение № 1 к Тарифному соглашению);

в) коэффициентом специфики оказания медицинской помощи (КСксг) (для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара) (приложение № 42 к Тарифному соглашению). Коэффициент специфики, не указанный в данном приложении, считать равным 1.

Стоимость законченного случая лечения в дневном стационаре (ССксг) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых установлены доли заработной платы и прочих расходов (приложение № 44 к Тарифному соглашению) определяется по следующей формуле:

ССксг = (БС х КДсуб х КЗксг х КСксг + БС х КДсуб* х КСЛП) х (40%; 60%; 80%; 85%; 100%), где:

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), рублей;

КДсуб - коэффициент дифференциации тарифов с учетом территориального РК (приложение № 1 к Тарифному соглашению);

КЗксг - коэффициент относительной затратоемкости (приложение № 43 к Тарифному соглашению);

КСксг - коэффициент специфики в условиях дневного стационара (приложение № 42 к Тарифному соглашению);

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП) (приложение № 31 к Тарифному соглашению).

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов (приложение № 44 к Тарифному соглашению), определяется по следующей формуле:

ССксг = (БС х КЗксг х ((1-Дзп)+Дзп х КСксг х КДсуб) + БС х КДсуб* х КСЛП) х (40%; 60%; 80%; 85%; 100%), где:

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), рублей;

КЗксг - коэффициент относительной затратоемкости (приложение № 43 к Тарифному соглашению);

Дзп - доля заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню КСГ в круглосуточном стационаре (приложение № 44 к Тарифному соглашению);

КСксг - коэффициент специфики в стационарных условиях (приложение № 42 к Тарифному соглашению);

КДсуб - коэффициент дифференциации тарифов с учетом территориального РК (приложение № 1 к Тарифному соглашению);

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП) (приложение № 31 к Тарифному соглашению).

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) – 19287,21 рублей (без КД), 27908,59 рублей (с КД 1,447).

3.16. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, предусматривают компенсацию расходов за выполненный вызов по видам выездных бригад (фельдшерской, врачебной, специализированной) и назначению (общепрофильной, специализированной, транспортной).

Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Амурской области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет 2003,3 рублей в год.

Базовый подушевой норматив финансирования, применяемый при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, исключающий влияние коэффициентов (дифференциации уровня, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за вызов скорой медицинской помощи) – 1208,46 рублей.

Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, включая коэффициенты дифференциации (приложение № 24 к Тарифному соглашению).

Значения коэффициентов дифференциации по половозрастным группам (приложение № 25 к Тарифному соглашению).

Размер месячного дифференцированного подушевого норматива (приложение № 26 к Тарифному соглашению).

Тарифы за вызов скорой помощи с проведением тромболизиса (приложение № 51 к Тарифному соглашению).

Тарифы за выполненный вызов скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (приложение № 52 к Тарифному соглашению).

4. 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

4.1. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Контроль) осуществляется страховыми медицинскими организациями и ТФОМС в соответствии с порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, устанавливающим в том числе формы его проведения, его продолжительность, периодичность, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (Приказ Минздрава России 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»).

4.2. Результаты проведенного Контроля оформляются соответствующими заключениями по формам, установленным Федеральным фондом обязательного медицинского страхованиями, включающими информацию о выявленных нарушениях и применяемых к медицинским организациям мерах.

4.3. В случае выявления по результатам Контроля нарушений при оказании медицинской помощи к медицинской организации применяются меры, предусмотренные ст. 41 Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным Правилами обязательного медицинского страхования,

определенные Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) в сфере обязательного медицинского страхования, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества согласно приложению № 65 к Тарифному соглашению (далее – Перечень).

4.4. Перечень включает сведения о перечне оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи, размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также размеры штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Методика исчисления размеров неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и размеров уплаты штрафов установлена Правилами обязательного медицинского страхования.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению всех сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения с момента их подписания сторонами.

5.2. Настоящее Тарифное соглашение распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2026 года и действует до 1 января 2027 года.

Заместитель председателя Правительства области – министр здравоохранения области	Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования	Председатель правления Региональной общественной организации «Медицинская палата Амурской области»
_____ С.Н.Леонтьева	_____ Т.В.Титяева	_____ А.В.Платонов
30 января 2026 г.	30 января 2026 г.	30 января 2026 г.
Председатель Амурской областной организации профсоюза работников здравоохранения	Директор Амурского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»	
_____ Е.Н.Азарова	_____ Е.Л.Дьячкова	
30 января 2026 г.	30 января 2026 г.	